

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO ESCOLA DE FILOSOFIA,  
LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE NA  
INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

**LINA MARIA HERRERA NUNEZ RIVERO**

**PREVENÇÃO DA ANSIEDADE E PROMOÇÃO DE HABILIDADES  
SOCIOEMOCIONAIS EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES**

**Guarulhos**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO ESCOLA DE FILOSOFIA,  
LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM EDUCAÇÃO E SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

**LINA MARIA HERRERA NUNEZ RIVERO**

**Prevenção de ansiedade e promoção de habilidades  
socioemocionais em pré-escolares**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência da Universidade Federal de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise De Micheli.

**Guarulhos**

**2018**

Herrera, Lina Maria

Prevenção de ansiedade e promoção de habilidades socioemocionais/ Lina Maria Herrera. Guarulhos, 2018. XX f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2017.

Orientação: Denise De Micheli.

Título em inglês: Prevention of anxiety and promotion of social-emotional skills

1. Pré-escolar. 2. Ansiedade. 3. Prevenção universal. 4. Intervenção precoce. 5. Terapia cognitiva-comportamental

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente, a minha mãe Yenny e meu Pai Alberto, que sempre estiveram comigo, mesmo distantes geograficamente, me apoiando e sem medir esforços. Agradeço também ao William, pelo apoio e carinho constante. Aos meus irmãos, Jose Alberto, Alejandro e Valeria, pelo amor e o interesse em saber como estava indo meu estudo.

Agradeço a toda minha família e amigas na Colômbia que, mesmo distantes, sempre demonstraram interesse sobre meus estudos e minha vida, e sempre que podiam me roubavam uma risada através das ligações nos períodos mais tensos desta trajetória. Agradeço ao Thiago Rivero, pelo incentivo para entrar no mundo da ciência.

À minha orientadora Denise, pelo carinho, pelos ensinamentos, pela paciência, pela parceria, pelo exemplo e modelo de profissional e de pessoa. Agradeço de coração por ter confiado em mim! À minha co-orientadora Larissa, pelas dicas, incentivos, carinho e ensinamentos ao longo do percurso. Agradeço ao André, pelas dicas e contribuições para a melhoria deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos da pós-graduação por ter convertido o trabalho em uma diversão... uma família! À UNIFESP, que me deu suporte e estrutura suficiente para que esse trabalho chegasse a sua conclusão. À diretoria da escola participante, seus funcionários e seus alunos, pois sem vocês esse trabalho não seria viável. Ao IBIES (Instituto Brasileiro de Inteligência Emocional e Social) que é o representante internacional do método FRIENDS no Brasil pela concessão dos livros de atividades para os participantes da pesquisa. À CAPES, pelo apoio financeiro e por tornar esse trabalho viável.

## Resumo

Estudos epidemiológicos indicam um aumento na prevalência de sintomas ansiosos em crianças menores de 5 anos. Portanto, a identificação precoce do sofrimento psicológico e das dificuldades que essas crianças apresentam torna-se essencial para um bom prognóstico de tratamento, uma vez que, se não tratados, os sintomas podem se agravar ao longo dos anos. Face a este cenário, é de fundamental importância o investimento em programas que possam auxiliar na redução de fatores de risco e fortalecimento de fatores de proteção para transtornos mentais voltados à crianças pré-escolares. Objetivos: avaliar o impacto do protocolo FunFRIENDS na redução dos sintomas de ansiedade, problemas internalizantes e no fortalecimento do comportamento pró-social em crianças de 4 a 5 anos. Método: Participaram deste estudo 43 crianças (Grupo Experimental – GE; n = 21, Grupo Controle – GC; n = 22) de uma escola pública de ensino infantil da cidade de São Paulo. Os dados relativos aos comportamentos foram coletados em três períodos distintos por meio de questionários padronizados (PAS, CBCL, SDQ, PSA) sobre o perfil comportamental das crianças. Resultados: De modo geral, não se observou diferença na maior parte das medidas comportamentais verificadas entre as crianças do GE em comparação as do GC, exceto nos índices de ansiedade, em que as crianças do GE apresentaram pequena redução quando comparadas as do GC. Conclusão: Apesar do protocolo FunFriends ter contribuído para a relativa redução dos sintomas de ansiedade das crianças do GE, a ausência de significância estatística na comparação entre os grupos (CG e CE) bem como a ausência de alteração comportamental nas demais medidas avaliadas, podem estar relacionados a inadequação dos instrumentos utilizados para avaliação diagnóstica desta população, bem como ao tamanho da amostra. Tomados em conjunto, este estudo discute também a necessidade da escolha adequada dos instrumentos de avaliação a serem utilizados, bem como possíveis estratégias para sensibilização da família e educadores. Por fim o estudo sugere que o aumento do número amostral e avaliações complementares de fatores intervenientes [i.e. estilo de liderança dos professores] sejam realizados em novos estudos para que o perfil de efetividade do protocolo na realidade brasileira possa ser melhor apresentado, contribuindo com sua indicação ou não como protocolo de intervenção preventiva.

**Palavras-chave:** Ansiedade; intervenção precoce; prevenção universal; terapia cognitiva-comportamental; FunFRIENDS

## **Abstract**

Increasingly, anxious symptoms have been alerted to children under 5 years of age, so early identification of psychological distress and the difficulties these children present is essential, since if left untreated they can worsen over the years, making it necessary to invest in programs that can help preschool children to reduce risk factors and develop protective factors for mental disorders, it is known that early intervention can reduce the risk of future disease or the severity of the own disorder anxiety. Objectives: To evaluate the effects of the FunFRIENDS protocol on the symptoms of anxiety, internalizing problems and prosocial behavior in children aged 4 to 5 years. Method: A total of 43 children (Experimental Group - GE, N = 21, Control Group - GC; N = 22) participated in a public nursery school in the city of São Paulo. The behaviors were evaluated in three different periods through standardized questionnaires (SBP, CBCL, SDQ, PSA) on the behavioral profile of the children. Results: The data indicated that there were no significant differences between the IG and the CG in most of the behaviors. However, there was reduction of anxiety symptoms in IG compared to CG after the intervention. Conclusion: This research suggests that adjustments in the choice of instruments for evaluation, implementation adaptations to improve caregiver adherence to the intervention, increase in sample numbers and complementary assessments of intervening factors [i.e. teachers' leadership style] are carried out in new studies so that the effectiveness profile of the protocol in the Brazilian reality can be better presented and contribute with its indication or not as a preventive intervention.

**Key words:** Anxiety; early intervention; universal prevention; cognitive-behavioral therapy; FunFRIENDS

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1. Saúde mental e transtornos de ansiedade na infância: idade pré-escolar .....	08
1.2. Habilidades socioemocionais .....	11
1.3. Prevenção em Saúde Mental .....	12
1.4. O programa FRIENDS: FunFRIENDS .....	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivo principal .....	16
2.2. Objetivo específico.....	16
2.3. Justificativa .....	16
3. MÉTODO .....	17
3.1. Amostra .....	17
3.2. Instrumentos .....	17
3.2.1. Escala de ansiedade pré-escolar .....	17
3.2.2. Inventário dos Comportamentos de Crianças de 1 <sup>1/5</sup> a 5 .....	18
3.2.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades .....	18
3.2.4. Perfil Sócio-afetivo .....	19
3.3. Procedimentos .....	19
3.4. Ética .....	21
3.5. Análise dos dados .....	21
4. RESULTADOS .....	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
6. BIBLIOGRAFIA .....	69

## **1. Introdução:**

### **1.1 Saúde mental e transtornos de ansiedade na infância: idade pré-escolar**

Nos primeiros anos de vida, as crianças vivenciam diversas experiências no seu entorno e, quando estas são, em sua maioria, experiências positivas, se tornam adultos saudáveis, habilidosos para responder de forma satisfatória às demandas sociais, familiares, profissionais e emocionais. Por outro lado, quando ocorrem alterações no processo de desenvolvimento saudável, pode-se perceber diversos comportamentos inadequados, afetando assim a saúde mental da criança e se estendendo a vida adulta (BANDEIRA et al., 2006)

O número elevado de crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais tem sido foco de interesse significativo entre pesquisadores nas últimas décadas. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2017), crianças e jovens compõem mais de um quarto da população global, apresentando altas taxas de prevalência de transtornos mentais. (ACHENBACH; RESCORLA; IVANOVA, 2012; POLANCZYK et al., 2015; POLANCZYK et al., 2015)

De acordo com pesquisadores da área de Psicopatologia do Desenvolvimento de Transtornos Mentais, é possível identificar dois grandes eixos de problemas de comportamento: (a) os externalizantes, expressos predominantemente em relação a outras pessoas (atitudes desafiadoras, agressividade, impulsividade, hiperatividade e baixo ajustamento social); (b) os internalizantes, expressos predominantemente em relação ao próprio indivíduo (retraimento, timidez, insegurança, sentimento de inferioridade) sendo mais prontamente identificáveis em transtornos como depressão, isolamento social, ansiedade e fobia social (ACHENBACH et al., 2016; ACHENBACH; EDELBROCK, 1978).

Em uma recente meta-análise, observou-se que prevalência mundial de transtornos mentais nas crianças e adolescentes gira em torno de 13,4%, sendo que entre os distúrbios mentais mais prevalentes encontram-se os transtornos internalizantes, como a depressão e problemas de ansiedade (STEEL et al., 2014).

Do ponto de vista conceitual, a ansiedade pode ser entendida como um sentimento desagradável de medo, caracterizado pelo desconforto provocado pela antecipação de perigos,



situações desconhecidas ou estranhas. É considerada patológica quando os sintomas se apresentam de modo exagerado, desproporcional ao estímulo ou fora do esperado para determinada faixa etária, interferindo no desenvolvimento, na qualidade de vida e desempenho diário do sujeito. Atualmente, os transtornos de ansiedade são uma das psicopatologias mais comuns, atingindo prevalência de 4% a 25% na população mundial e com elevada taxa de incidência (CASTILLO et al., 2000; ASBAHR, 2004; LIJSTER et al., 2017; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

Estimativas epidemiológicas indicam que aproximadamente 25% das crianças apresentam risco de desenvolver algum sintoma de ansiedade em algum momento da vida. Em um estudo brasileiro realizado com 1.251 crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos, verificou-se que 10,5% dos participantes apresentaram altos níveis de ansiedade, sendo 4,4% entre os meninos e 6,1% entre as meninas. Recentemente, em um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o país com a maior prevalência de transtornos de ansiedade (8,3%) ocupando a 5ª posição na prevalência dos transtornos depressivos (5,8%). (CHAVIRA et al., 2004; FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; WHO, 2017)

Em crianças pré-escolares a prevalência para qualquer tipo de transtorno de ansiedade é de 2 a 20%. Em transtornos de ansiedade mais específicos, encontra-se taxas de prevalência de 0 a 12% para fobia específica, 1 a 5% para ansiedade de separação, 2 a 5% para ansiedade social, 1 a 7% para transtorno de ansiedade generalizada e 1 a 2% para ansiedade mutismo seletivo (DOUGHERTY et al., 2015).

Os dados acima expostos sinalizam que sinais clínicos de ansiedade podem surgir e se manifestar em crianças menores de 5 anos, indicando que a maioria dos problemas psicológicos em adultos possivelmente tem seu início na infância (DOUGHERTY et al., 2015; EGGER; ANGOLD, 2006).

Dado que sentimentos como medo e ansiedade são relativamente comuns na primeira infância, por muito tempo estudos sobre transtornos de ansiedade focavam apenas em populações a partir de 7 anos de idade, devido ao grande desafio em distinguir características próprias (variação temperamental), comportamentos e emoções clinicamente significativos nas crianças pré-escolares. Neste sentido, pesquisas sobre os transtornos de ansiedade têm focado na análise dos diversos fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento desse transtorno, incluindo assim as diferenças no temperamento das crianças, as predisposições biológicas, os eventos ambientais, assim como os estilos parentais. Um exemplo disso são os

estudos sobre a relação entre inibição comportamental, viés atencional (atenção a ameaças), atenção positiva, problemas de sono, assim como problemas de estresse e ansiedade materna com transtornos de ansiedade em pré-escolares (DOUGHERTY et al., 2015; EGGER; ANGOLD, 2006; DOUGHERTY et al., 2013; WHITE et al., 2011; CHRONIS-TUSCANO et al., 2009; SCHLARB et al., 2016; WHITE et al., 2017).

Assim, torna-se essencial a identificação precoce do sofrimento psicológico e das dificuldades que crianças pré-escolares apresentam pois, uma vez não tratados, os sintomas podem se agravar ao longo dos anos, acarretando prejuízos significativos para o desenvolvimento como por exemplo: baixa autoestima, abandono escolar, abuso de substâncias, problemas nos relacionamentos sócio-afetivos e prejuízos em processos cognitivos básicos, como memória, percepção e pensamento (FINSAAS et al., 2018; ASSOCIATION, 2002; NEIL; CHRISTENSEN, 2009).

Com vistas a redução nos prejuízos provocados pelos transtornos de ansiedade, as intervenções de natureza preventiva devem ocorrer nos primeiros anos da infância, considerando que para muitas crianças, os sinais de sofrimento psíquico só se tornam visíveis quando ingressam a sistemas formais de educação (BIENVENU; GINSBURG, 2007; FLETT; HEWITT, 2013).

Nesse contexto, uma série de protocolos foram elaborados ou adaptados ao redor do mundo com a finalidade de desenvolver as habilidades sociais e emocionais em crianças e adolescentes de diferentes idades. De acordo com o relatório do National Research Council (2009), estas intervenções devem ter por objetivo o favorecimento de habilidades individuais para a resolução apropriada de tarefas do desenvolvimento, além de aumentar o autocontrole, bem-estar e promover autoestima positiva. Assim, se por um lado os problemas internalizantes estão diretamente relacionados a probabilidade de adoecimento, por outro, os comportamentos pró-sociais são considerados medidas positivas de prevenção universal e promoção em saúde mental. Considera-se comportamentos pró-sociais qualquer ato voluntário destinado a beneficiar o outro sem busca de recompensas, sendo imbuídos por empatia, generosidade e solidariedade (EISENBERG; SPINRAD; TAYLOR, 2017; FERNANDES; OLIVIERA, 2017).

Diversos estudos têm indicado que o desenvolvimento de habilidades socioemocionais na infância é capaz de atuar como fator de proteção para alguns transtornos mentais,

especialmente transtornos de humor e ansiedade (BLACK et al., 2016; FLOOK et al., 2015; WEARE; NIND, 2011).

## 1.2 Habilidades socioemocionais

As habilidades socioemocionais representam o mecanismo usado pelos sujeitos para gerenciar eficazmente suas interações e experiências interpessoais e intrapessoais. Por meio delas, o indivíduo consegue administrar adequadamente suas emoções, definir e alcançar objetivos positivos, sentir e demonstrar empatia possibilitando, desta forma, a manutenção de relacionamentos positivos e tomada de decisões responsáveis (COLLIE, 2017; DOMITROVICH et al., 2017).

Pais e educadores cada vez mais reconhecem a importância do desenvolvimento de habilidades emocionais (normalização das emoções e regulação emocional) e habilidades sociais (iniciar e manter conversa [habilidades de relacionamento] e tomada de decisão) tanto para o preparo e ajuste escolar como para estabelecer relacionamentos positivos e trazer bem-estar geral. Estudos indicam que o desenvolvimento de habilidades socioemocionais contribuem positivamente para o bom desempenho escolar, uma vez que crianças mais hábeis emocionalmente apresentam maior probabilidade de desenvolver relacionamentos positivos e de apoio com seus pares e professores (DENHAM et al., 2012, 2015; DOMITROVICH et al., 2017)

Uma definição amplamente aceita sobre habilidades socioemocionais é a formulada pela Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning, cuja definição inclui a presença de cinco aspectos, a saber (CASEL, 2012; WEISSBERG et al., 2015).:

**Autoconsciência:** Capacidade de o indivíduo em reconhecer e entender suas emoções, objetivos e valores, bem como identificar e conhecer seus pensamentos e como estes influenciam seu comportamento; conhecer seus pontos fortes e limitações; ter um bom senso de autoconfiança e otimismo, e manter uma atitude positiva.

**Autocontrole:** Capacidade de regular as emoções, os pensamentos e os comportamentos de forma eficaz e em diferentes situações; gerenciar o estresse, controlar os impulsos, motivar-se, estabelecer e trabalhar para alcançar objetivos pessoais e acadêmicos apesar das dificuldades.

**Consciência social:** Capacidade de assumir a perspectiva dos outros (incluindo aqueles que são de diferentes contextos e culturas); empatizar e sentir compaixão pelos outros; entender as normas sociais e éticas em relação ao comportamento, assim como reconhecer os recursos e suportes disponíveis para cada um (família, a escola e comunidade).

**Habilidades de relacionamento:** Capacidade de estabelecer e manter relacionamentos saudáveis e gratificantes com diversos indivíduos e grupos, através da comunicação clara, da escuta ativa e da cooperação; negociar conflitos construtivamente, buscando e oferecendo ajuda quando necessário.

**Tomada de decisão responsável:** Envolve a capacidade do sujeito de fazer escolhas construtivas e respeitadas em relação ao seu comportamento e interações sociais, com base nas normas sociais, na ética e avaliação das consequências das suas ações para si e os outros.

### 1.3 Prevenção em saúde mental

O panorama das intervenções em saúde mental tem se alterado nas últimas décadas. Complementando as tradicionais ações destinadas ao tratamento dos transtornos mentais emergiu um movimento mundial com foco em prevenção e promoção de saúde mental organizado principalmente a partir da publicação da Carta de Ottawa em 1986 e do resgate da concepção de saúde como *“um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”* proposto pela **Organização Mundial de Saúde (OMS)**. Relatórios mundiais como os do Institute of Medicine em 1994, NIHM em 1999 e National Research Council em 2009 sumarizaram pesquisas de ações e protocolos destinados à prevenção e promoção de saúde mental e intensificaram esse movimento (WHO, 1946; INSTITUTE OF MEDICINE, 1994; NIHM, 1999; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2009).

As estratégias de prevenção e promoção de saúde são distintas das de tratamento, mas complementares no objetivo de reduzir o fardo dos problemas emocionais e comportamentais, favorecendo também o desenvolvimento saudável dos indivíduos. Enquanto no tratamento a intervenção deve ser oferecida para reduzir e/ou trazer alívio ao sofrimento de um indivíduo que já apresenta um diagnóstico clínico, a prevenção tem como objetivo reduzir a probabilidade de desenvolvimento de um transtorno mental futuro, ou seja, reduzir o impacto dos fatores de risco aos quais o sujeito ou grupo está exposto ao longo da vida, antes de um diagnóstico. Já a promoção de saúde, por sua vez, tem como objetivo enriquecer habilidades

individuais (fatores de proteção) para a resolução apropriada de tarefas do desenvolvimento e enfrentamento de adversidades futuras com foco em geração de bem-estar e não necessariamente como forma de prevenção ou tratamento de transtornos. Assim, mesmo que as técnicas interventivas de tratamento, prevenção e promoção de saúde mental sejam similares, ou ainda idênticas, o público-alvo e o objetivo dessas intervenções são distintos em sua essência (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2009).

A National Research Council (2009) recomenda o termo de “prevenção” para as intervenções recebidas pelos indivíduos que ainda não sofrem por qualquer desconforto ou deficiência a ser prevenida. Propondo uma classificação de prevenção baseado nos custos, benefícios da intervenção e população visada. Assim, o primeiro nível é a *Prevenção Universal*, onde as estratégias de intervenção são oferecidas a toda a população, partindo de que a intervenção é suscetível de proporcionar um benefício a todos (ou reduzir a probabilidade de surgimento de um transtorno), independentemente do nível de risco que o sujeito esteja exposto, diminuindo a possibilidade dos sujeitos serem estigmatizados.

A *Prevenção Seletiva*, refere-se às estratégias que são direcionadas a um grupo da população que foi identificado com altos fatores de risco para desenvolver algum problema mental, emocional ou comportamental. Tais fatores podem ser biológicos, psicológicos ou sociais, em que o sujeito pode estar exposto iminente ou decorrer ao longo da vida. E por último a prevenção indicada, são estratégias focalizadas em indivíduos identificados como de alto risco de desenvolver um transtorno, já que apresentam sinais e sintomas mínimos, mas detectáveis em alguma avaliação individual, mas não preenchem os critérios diagnósticos (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2009).

## **1.4 Programa FRIENDS: FunFRIENDS**

O programa FRIENDS é um protocolo de intervenção em saúde mental que inclui material estruturado, baseado em evidências científicas, tendo sido desenvolvido na década de 90, na Austrália, pela pesquisadora Paula Barrett. Atualmente é o único programa na América Latina a ser reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo National Registration of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP) como um protocolo para desenvolvimento de habilidades socioemocionais e prevenção de ansiedade em crianças e

jovens. Trata-se de um protocolo utilizado em mais de 20 países, e com aplicação em cerca de 900.000 participantes. Teve sua origem a partir do programa Coping Cat (KENDALL, 1992) e das sugestões fornecidas por pais e filhos que participaram do estudo inicial de tratamento grupal conduzido por Barrett (1998).

O programa FRIENDS tem como objetivo desenvolver habilidades socioemocionais, promover resiliência e prevenir ansiedade em crianças e jovens, através da aplicação de princípios da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e dos pressupostos e técnicas da psicologia positiva, cujo foco de atuação centra-se no desenvolvimento das habilidades e potencialidades do indivíduo e não apenas tratar seus sintomas ou transtornos. O protocolo inicialmente foi desenvolvido para crianças entre 7 e 14 anos, mas a crescente preocupação e necessidade de prevenção precoce fez com que alguns autores pesquisassem a efetividade do programa quando aplicado em crianças pré-escolares (BARRETT; SONDEREGGER; XENOS, 2003; FARRELL; BARRETT; CLAASSENS, 2005; SHORTT; BARRETT; FOX, 2001). Neste sentido, no ano de 2007 foram realizadas adaptações específicas no protocolo FRIENDS, a partir do desenvolvimento de atividades lúdicas e adequação da linguagem para crianças de 4 a 7 anos. Esta versão do protocolo, dirigido a crianças pré-escolares, recebeu o nome de FunFRIENDS, apresentando os mesmos objetivos do programa FRIENDS dirigido às crianças mais velhas, jovens e adultos, porém com readequação dos procedimentos de aplicação do método, considerando as crianças menores como público alvo e portanto utilizando brinquedos, histórias, fantoches, jogos e músicas para o desenvolvimento das habilidades propostas (PAHL; BARRETT, 2007)

No programa FunFRIENDS, as habilidades são trabalhadas a partir de dois grandes eixos de desenvolvimento: 1) Habilidades para uma vida saudável e 2) Habilidades socioemocionais/resiliência. As habilidades para uma vida saudável são desenvolvidas de forma transversal nos encontros por meio de atividades e discussões que estimulam alimentação balanceada, ingestão de água, boa higiene do sono, atividade física, exposição ao sol e atividades ao ar livre e em contato com a natureza. As habilidades socioemocionais e resiliência são desenvolvidas de forma gradativa ao longo dos encontros, enfatizando desde o reconhecimento das próprias emoções e dos colegas, manejo das emoções, treino de habilidades sociais e empáticas até resolução de problemas e conflitos. O título do programa – FRIENDS ou AMIGOS no idioma Português - é um acrônimo que descreve as habilidades ensinadas no programa, a fim de auxiliar e facilitar o aprendizado das mesmas pelas crianças e jovens de uma forma lúdica [**A** – Atenção aos sentimentos; **M** – Momento de relaxar; **I** –

Ideias que ajudam; **G** – Gerar soluções passo a passo; **O** – Orgulhe-se do seu trabalho; **S**- Sorria e lembre-se de ser corajoso]. É também uma analogia com a palavra AMIGOS sugerindo que fazer amigos, ser um bom amigo e ter seu próprio corpo como amigo pode nos ajudar a viver melhor e mais felizes.

O protocolo está organizado em 14 encontros de 90 a 120 minutos de duração, sendo: 10 encontros de atividades em grupo para as crianças; 2 encontros para a comunidade (pais, família, professores, cuidadores e outros profissionais envolvidos na rotina da criança); e 2 encontros posteriores de reforço das habilidades aprendidas, realizados após 1 e 3 meses do décimo encontro.

Apesar de um grande número de estudos baseados em evidências terem demonstrado a efetividade do programa FRIENDS no desenvolvimento de habilidades socioemocionais e na prevenção de ansiedade em crianças mais velhas e adolescentes, pouco se sabe sobre a efetividade da versão FunFRIENDS dirigida a crianças pré-escolares, especialmente crianças brasileiras (AHLEN et al., 2012; BRIESCH; HAGERMOSER SANETTI; BRIESCH, 2010; FISAK; RICHARD; MANN, 2011; KÖSTERS et al., 2017; MOSTERT; LOXTON, 2008; ZWAANSWIJK; KÖSTERS, 2015).

Pahl e Barrett (2010) realizaram o primeiro estudo para avaliar a eficácia do FunFriends como intervenção universal em um contexto escolar na Austrália. Em vista da efetividade e boa aceitação do protocolo, sua utilização se expandiu para outros países e, no ano 2012, Zertuche, como parte da tese do seu mestrado realizou uma pesquisa orientada a determinar a efetividade do programa FunFriends como intervenção universal e promoção na população mexicana (versão em espanhol “Amistad y diversión”).

Na Austrália, Anticich et al. (2013) avaliaram a efetividade do FunFriends através de um ensaio controlado e randomizado no ambiente escolar. Naquele mesmo ano, no Canada, Dohl (2013) examinou a efetividade do programa FunFriends como intervenção universal e de promoção na redução da ansiedade e na construção de habilidades socioemocionais de crianças em contexto escolar. No ano 2015 foram realizados dois estudos: (1) examinando a efetividade do Programa FunFriends no tratamento de crianças ansiosas em acompanhamento em uma clínica na Austrália (BARRETT; FISAK; COOPER, 2015) e (2) outro no México onde Gallegos-Guajardo et al. (2015) avaliaram a eficácia da versão em espanhol do programa FunFriends como modelo de prevenção selecionada em 57 meninas residentes em abrigos.

Embora alguns poucos estudos já tenham avaliado a efetividade do FunFRIENDS em outros países (ANTICICH et al., 2013; DOHL, 2013; GALLEGOS-GUAJARDO et al., 2015; ZERTUCHE, 2012), ainda não existem pesquisas sobre a utilização desta intervenção em crianças brasileiras.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do protocolo “FunFRIENDS” como um protocolo de intervenção voltado à prevenção universal, com vistas a redução de sintomas de ansiedade e construção de habilidades socioemocionais em um grupo de crianças de 4 a 7 anos de uma escola municipal infantil (EMEI) da cidade de São Paulo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar os efeitos do protocolo de intervenção “FunFRIENDS na diminuição de sintomas internalizantes;
- Avaliar os efeitos do protocolo de intervenção “FunFRIENDS no aumento de comportamentos pró-sociais;
- Analisar a adesão dos pais/responsáveis em relação a implantação do protocolo de intervenção *FunFRIENDS*.

### **2.3 JUSTIFICATIVA**

O desenvolvimento de habilidades socioemocionais é essencial durante a infância, em especial nos primeiros anos escolares, considerando que experiências bem-sucedidas vivenciadas nos primeiros anos apresentam associação positiva nas adaptações e conquistas nos períodos escolares subsequentes (WELCHONS; MCINTYRE, 2017).



Sabe-se que mudanças significativas acontecem nos primeiros anos escolares (início da educação formal), assim como novas demandas sociais e comportamentais, sendo, portanto, um período desafiador para as crianças e suas famílias. Além disso, crianças pré-escolares que apresentam maior dificuldade em desenvolver habilidades socioemocionais são mais vulneráveis para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas, especificamente o transtorno de ansiedade podendo afetar os processos de aprendizado e suas relações com os pares, aumentando o risco para abuso de substâncias, problemas acadêmicos, entre outros. (DOMITROVICH et al., 2017; DENHAM et al., 2012; MINISTRY OF HEALTH SERVICES; MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT, 2010)

Portanto, se faz necessário investir em intervenções precoces baseadas em evidências que possam ajudar crianças pré-escolares a desenvolver habilidades socioemocionais que lhe permitam diminuir o risco de desenvolver transtornos de ansiedade.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Amostra**

Participaram deste estudo 43 crianças pré-escolares (idade:  $M=4.8$ ;  $DP= 0.3$ ) recrutadas de duas salas de aula de uma escola municipal de ensino infantil (EMEI) da zona sul da cidade de São Paulo. As crianças foram alocadas randomicamente em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC), sendo 21 crianças no GE (13 meninas, 8 meninos) e 22 crianças no GC (10 meninas, 12 meninos).

Em relação aos critérios de inclusão, as crianças deveriam estar regularmente matriculadas na escola, ter idade entre 4 a 7 anos de idade e anuência dos pais e da direção da escola para a participação do estudo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e agosto de 2017.

#### **3.2 Instrumentos**

##### **Questionários respondidos pelos pais e/ou responsáveis pelas crianças**

### **3.2.1 The Preschool Anxiety Scale-PAS** (Escala de ansiedade pré-escolar – PAS; ALMEIDA; VIANA, 2013).

Instrumento composto por 28 itens avaliados a partir de uma escala Likert de 5 pontos, sendo 0 “Nunca” até 4 “sempre”. O PAS avalia seis dimensões de ansiedade, a saber: 1) uma medida geral de ansiedade, e sintomas específicos de subtipos de transtornos de ansiedade; 2) ansiedade generalizada; 3) ansiedade social; 4) transtorno obsessivo-compulsivo; 5) medos a ferimentos; 6) ansiedade de separação. O instrumento foi adaptado e validado para o português (ALMEIDA; VIANA, 2013) com elevada consistência interna ( $\alpha = 0,88$ ).

### **3.2.2 Child Behavior Checklist- CBCL** (Inventário dos Comportamentos de Crianças de 1<sup>1/5</sup> a 5- CBCL; ACHENBACH; RESCORLA, 2000).

Instrumento composto por 99 itens que avaliam a presença de problemas externalizantes (relativos à agressividade e problemas de atenção) e problemas internalizantes (reatividade emocional, depressão/ansiedade, queixas somáticas e retraimento), assim como uma medida total dos problemas. Os itens são pontuados de 0 a 2, segundo a frequência com que a criança apresenta aquele comportamento, sendo zero, se a afirmação não for verdadeira e dois, se é muito verdadeira. As pontuações também calculam cinco escalas identificadas por um grupo internacional de psicólogos e psiquiatras infantis como sendo muito consistentes com as categorias diagnósticas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4<sup>a</sup> ed. [DSM-IV]; American Psychiatric Association, 1994). Escalas orientadas pelo DSM incluem Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Globais de Desenvolvimento, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Problemas Desafiadores Opositivos (ACHENBACH; RESCORLA, 2000). A confiabilidade do CBCL 1½ a 5 é de 0,85, sensibilidade de 84,2% e especificidade de 74%.

### **3.2.3 Strengths and Difficulties Questionnaire- SDQ** (Questionário de Capacidades e Dificuldades, GOODMAN, 1997).

Breve questionário, composto por 25 itens, dos quais 10 são considerados como pontos fortes, 14 como dificuldades, e um item considerado neutro. Cada item pode ser marcado como "não verdadeiro", "um pouco verdadeiro" ou "certamente verdadeiro". O SDQ é dividido em 5 escalas de 5 itens cada, sendo: sintomas emocionais, problemas de conduta,

hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamentos pró-sociais. A pontuação para cada uma das cinco escalas é gerada pela soma dos escores dos cinco itens que compõem essa escala, gerando um escore de escala que varia de 0 a 10. Os escores de hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas com pares podem ser somado para gerar um total de dificuldades que variam de 0 a 40; o escore pró-social não é adicionado na soma, uma vez que a ausência de comportamentos pró-sociais é conceitualmente diferente da presença de dificuldades psicológicas (GOODMAN, 1997). Foi desenvolvido e validado para crianças e adolescentes entre 4 a 16 anos e avalia a presença de sintomas nos últimos seis meses anteriores a entrevista. No Brasil, foi validado e adaptado por Fleitlich, Córdazar e Goodman (2000) com consistência interna de 0,80.

### **Questionário respondido pelos Professores**

#### **3.2.4. Competence and Behavior Evaluation Scale- PSA** (Perfil Sócio-afetivo - PSA-30; BIGRAS; DESSEN, 2002)

A escala foi projetada para ajudar os professores na avaliação periódica da adaptação social das crianças em um ambiente de creche ou jardim de infância. É composta por 30 itens relacionados à competência social (CS), regulação e expressão da emoção, comportamentos de raiva e agressão (RA), e comportamentos de ansiedade e esquivia (AE). Os itens são avaliados em uma escala de frequência de seis pontos, sendo 1=Quase nunca ocorre e 6=Ocorre quase sempre. No Brasil foi validada por Bigras e Dessen (2002), com boa consistência interna (CS = 0,87; RA = 0,89; AE = 0,86).

## **3.3 Procedimentos**

As atividades de pesquisa em campo foram conduzidas no período entre dezembro de 2016 e novembro de 2017. A escola participante do estudo, foi selecionada por meio do critério de conveniência geográfica. Após a obtenção das autorizações da Diretoria Regional de Educação-Ipiranga e da EMEI, o estudo foi iniciado em dezembro de 2016. Sequencialmente, uma reunião com a diretoria foi realizada para esclarecimento de dúvidas e planejamento de implementação do estudo.

No semestre letivo de 2017, foram iniciadas as atividades propostas. No mês de fevereiro, na reunião de pais previamente agendada pela escola, os pais/responsáveis das crianças de ambos os grupos (GE; GC) assistiram a uma palestra realizada pela pesquisadora principal deste estudo e realizada em dias diferentes para os pais de crianças do GE e para crianças do GC, com o objetivo de discutir questões relativas a saúde emocional e ansiedade na infância, assim como para explicar o propósito do estudo, obter o consentimento para a participação de seus filhos e preencherem os instrumentos (T0). Os professores também foram convidados a preencher os questionários, os quais eram entregues à coordenação da escola com a incumbência de distribuir os questionários aos professores, e estes tinham um prazo de um mês para devolve-los preenchidos.

A turma alocada no GE recebeu o programa *FunFRIENDS* na sala de aula, aplicado por duas psicólogas e auxiliados pela professora regente da turma, a qual recebeu um treinamento de duas horas com o intuito de orientá-la para o manejo e reforço dos comportamentos das crianças, assim como explicar os procedimentos do protocolo durante a intervenção.

O protocolo *FunFRIENDS* foi estruturado em 14 encontros com duração de 90 a 120 minutos cada, sendo:

- a) 10 encontros semanais para atividades em grupo com as crianças;
- b) 2 palestras direcionadas aos pais/responsáveis, professores e membros da comunidade;
- c) 2 Sessões de reforço de comportamentos: 1<sup>a</sup>. sessão realizada um mês após o 10<sup>o</sup> encontro e 2<sup>a</sup>. sessão realizada 3 meses após o 10<sup>o</sup> encontro.

Todas as sessões realizadas com as crianças do GE foram gravadas e aconteceram às terças-feiras das 7:30 às 9:30 da manhã. Durante a intervenção, cada criança recebeu um livro de atividades do protocolo *FunFRIENDS* e, com objetivo de reforçar as habilidades aprendidas em cada sessão, era enviado após cada sessão - via agenda escolar-, um bilhete aos pais/responsáveis explicando sobre as habilidades aprendidas e sobre as atividades que deveriam ser feitas em casa. Entre a 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> sessão de aplicação do protocolo *FunFRIENDS*, os pais das crianças do GE foram convidados para uma segunda palestra, com duração de 60 minutos, sobre estratégias de manutenção de resiliência no ambiente familiar, construção de hábitos saudáveis, estratégias parentais e habilidades socioemocionais.

Após o GE ter completado a intervenção (na 10<sup>a</sup> semana) pais e professores de ambos os grupos foram convidados a completar os questionários pós-intervenção. Os pais receberam os instrumentos via agenda escolar e tinham uma semana para preencher e devolver (T1). Três meses após a 10<sup>a</sup> semana foi realizada a 2<sup>a</sup>. sessão de reforço. Naquele momento, pais e professores de ambos os grupos foram novamente convidados a preencher os questionários (T2). Após a coleta T2, as crianças do grupo controle, por questões éticas foram submetidas ao protocolo nas mesmas condições experimentais indicados neste estudo (isto não foi avaliado).

### 3.4 Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP: 1204/2016) e recebeu o Certificado de Apresentação para apreciação Ética (CAEE): 59322116.3.0000.5505. Assim como foi registrado na plataforma Brasileira de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC Nº RBR-9329z8).

### 3.5. Análise dos dados

Os dados das variáveis contínuas foram padronizados a partir do procedimento de Z-score para avaliar possíveis dados outliers ( $3 < \text{Z-Score} > 3$ ) que pudessem prejudicar a análise dos dados. Neste sentido, não foram encontrados resultados outliers.

Para a análise das variáveis categóricas, utilizou-se o teste do qui-quadrado e para as variáveis contínuas foram utilizadas a Análise de Variância de uma via. Para a avaliação da intervenção, utilizou-se a ANOVA mista de duas vias com medidas repetidas, tendo as diferentes dimensões comportamentais avaliadas pelos instrumentos como variáveis dependentes. Foram consideradas como variáveis independentes os fatores Tempo (T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub>) e Grupo (GE e GC). As diferenças entre os grupos avaliados foram detectadas pelo teste *a posteriori* de Newman–Keuls.

Foram realizadas análises adicionais a partir do modelo Intenção de Tratar (ITT - *intention-to-treat*) tendo como base dois protocolos específicos utilizados em estudos prévios (KATO; SHIMIZU, 2017). No primeiro (ITT-1), utilizou-se o procedimento *last-observation-carried-forward* (LOCF) sendo que aquelas crianças que não concluíram a intervenção tiveram seus valores de linha de base (T<sub>0</sub>) repetidos tanto em T<sub>1</sub> quanto em T<sub>2</sub>. Assim, 4 participantes ( $n=2$  GE;  $n=2$  GC) tiveram seus valores repetidos após em T<sub>1</sub> 12 participantes

em T<sub>2</sub> ( $n=5$  GE;  $n=7$  GC). No segundo protocolo (ITT-2), foram considerados os valores médios dos participantes que concluíram a intervenção em T<sub>1</sub> ( $n = 20$ ) e T<sub>2</sub> ( $n = 19$ ) a partir dos seus respectivos grupos (GE e GC).

O tamanho do efeito das variáveis nominais foi avaliado por meio do *Cramer's V Test*, a partir dos seguintes graus de liberdade;  $gL = 1$  (0 a 0,1 = efeito pequeno) (0,11 a 0,3 = efeito médio) (0,31 a 1, efeito alto);  $gL = 2$  (0 a 0,07 = efeito pequeno) (0,08 a 0,21 = efeito médio) (0,22 a 1, efeito alto). Para as análises de variância, utilizou-se o *Eta Square Test* ( $\eta^2$ ) considerando-se (0 a 0,4 efeito baixo, 0,41 a 0,79 efeito médio, 0,8 a 1,0 efeito alto) (COHEN, 1988).

O nível de significância em todas as análises foi de 5% e o software utilizado foi o IBM SPSS versão 20.

## 4. Resultados

Os resultados deste estudo serão apresentados na forma de três artigos científicos intitulados:

### **Artigo 1: “Evaluation of FunFRIENDS program in prevention of anxiety in Brazilian children: a randomized controlled pilot trial”**

Autores: Lina Maria Herrera Nunez Rivero, Bruno de Oliveira Pinheiro, Larissa Zeggio Perez Figueredo, Denise De Micheli

Submetido para a revista Ciência & Saúde Coletiva em 18 de maio de 2018

### **Artigo 2: “Desafios na implantação do programa FunFRIENDS em uma escola: um relato de experiência”**

Autores: Lina Maria Herrera Nunez Rivero, Bruno de Oliveira Pinheiro, Larissa Zeggio Perez Figueredo, Denise De Micheli

Submetido para a Revista de Psicologia da Universidade Federal do Ceará em 08 de junho de 2018.

### **Artigo 3: “Efetividade, aplicações e limitações do Programa FRIENDS em crianças pré-escolares: uma revisão integrativa”.**

Autores: Lina Maria Herrera Nunez Rivero, Bruno de Oliveira Pinheiro, Larissa Zeggio Perez Figueredo, Denise De Micheli

#### **ARTIGO 1:**

#### **EVALUATION OF *FUNFRIENDS* PROGRAM IN PREVENTION OF ANXIETY IN BRAZILIAN CHILDREN: A RANDOMIZED CONTROLLED PILOT TRIAL**

#### **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA FUNFRIENDS NA PREVENÇÃO DA ANSIEDADE EM CRIANÇAS BRASILEIRAS: UM ESTUDO PILOTO RANDOMIZADO CONTROLADO**

#### **Resumo:**

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos do protocolo *FunFRIENDS* sobre sintomas de ansiedade, problemas de internalização e comportamento pró-social em crianças de 4 a 5 anos de idade. **Método:** Participaram 43 crianças (Grupo Intervenção [GI], n=21; Grupo Controle [GC], n=22) de uma escola pública da cidade de São Paulo. Os comportamentos foram avaliados em três períodos diferentes por meio de questionários padronizados (PAS, CBCL, SDQ, SCBE) que avaliaram o perfil comportamental das crianças. **Resultados:** Os dados indicaram a ausência de diferenças significativas entre o GI e o GC na maioria dos comportamentos em todos os períodos avaliados. Observou-se redução na intensidade dos sintomas de ansiedade no GI após a intervenção, porém sem efeito significativo. **Conclusão:** Este é o primeiro estudo no Brasil avaliando os efeitos do programa *FunFriends* em pré-escolares e as implicações desses achados são discutidas para futuras pesquisas. Clinical Trial Registration (REBEC nº RBR-9329z8).

**Palavras-chave:** Ansiedade; Terapia cognitiva; Intervenção precoce; Prevenção primária.

## Abstract:

**Objective:** This study aimed to evaluate the effects of the *FunFRIENDS* protocol on anxiety symptoms, internalizing problems and prosocial behavior in 4- to 5-year old children.

**Method:** A total of 43 children (Intervention Group [IG],  $N = 21$ ; Control Group [CG],  $N = 22$ ) from a public school in the city of Sao Paulo participated in the study. Behaviors were evaluated at three different periods through standardized questionnaires (PAS, CBCL, SDQ, SCBE) assessing the behavioral profile of the children. **Results:** The data indicated that there were no significant differences between the IG and the CG in most behaviors on all periods evaluated. It was detected a reduction in the intensity of anxiety symptoms in the IG after the intervention but with no significant effect. **Conclusions:** This is the first Brazilian study evaluating the effects of *FunFRIENDS* program and the implications of these findings are discussed and its significance for future research.

**Keywords:** Anxiety; Cognitive Therapy; Early intervention; Primary prevention.

## INTRODUCTION

Anxiety is one of the most common and treatable mental illness in children and adolescents, with a global prevalence ranging from 4% to 25%<sup>1</sup>. In a study with 1,251 Brazilians between 7 and 14 years of age, 10.5% showed high anxiety levels, 4.4% being boys and 6.1% girls<sup>2</sup>. In a recent report by the World Health Organization<sup>3</sup>, Brazil was the country with the highest prevalence of anxiety disorders (8.3%) and ranks fifth in the prevalence of depressive disorders (5.8%). Concerning children under five years, some authors have detected an increase in the incidence of anxiety disorders, especially over the last decade<sup>4</sup>. Among the main psychosocial impairments on these children, some studies emphasize low self-esteem, school drop-out, substance misuse and psychological problems<sup>1</sup>. Also, the psychosocial consequences of this clinical condition may worsen over time and have severe effects, especially among those children who have not received appropriate support<sup>5</sup>.

According to some studies, psychological suffering in childhood can be screened mainly from when children start school<sup>5,6</sup> so it is important to screen and develop different intervention strategies for school environments. Programs focused on the prevention of mental illness are one of the broadest types of psychological intervention for school children, with one of the most common of these intervention strategies being the promotion of protective mental health factors, such as the development of social-emotional skills<sup>7</sup>.

In this sense, some prevention programs have been developed in many countries, such as the *FRIENDS* program, which is focused on children and adolescents and is based on



Cognitive Behavioural Therapy<sup>8</sup>. The main components of *FRIENDS* are focused on reducing symptoms of anxiety through the development and reinforcement of social-emotional skills. The word friends is an acronym that describes the skills taught in the program (*F* - Feelings; *R* - Relax; *I* - I can try; *E* - Encourage; *N* - Nurture; *D* - Don't forget; *S* - Stay brave). The original version of the *FRIENDS* program was initially proposed for schoolchildren from 7 to 14 years of age<sup>8</sup> and its effectiveness was evaluated in different countries and cultures with good results<sup>9-12</sup>.

An adaptation of *FRIENDS* was developed by Pahl and Barrett<sup>13</sup> for children between the ages of 4 to 7 and was called *FunFRIENDS*. The authors evaluated the efficacy of the intervention in 263 Australian children aged 4 to 6. Although testing showed improvements in both the intervention and a control group immediately following the intervention, the intervention group had lower levels of anxiety and social inhibition at the 12-month follow-up compared to the control group.

Although some studies have evaluated the effectiveness of *FunFRIENDS* in several countries<sup>14,15</sup> as yet, there has been no research on the use of this intervention in Brazilian children. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of the *FunFRIENDS* program in reducing the symptoms of anxiety in children aged 4 to 7. We also evaluated the effects of this intervention on the frequency depression symptoms and prosocial behavior. We hypothesized that the intervention group would have lower levels of anxiety and depression and a higher frequency of prosocial behaviors after the intervention than the control group. Also, levels of anxiety and depression would remain significantly lower and the frequency of prosocial behaviors significantly higher during the follow-up period compared to children in the control group.

## METHOD

### Participants

We performed a randomized controlled pilot study with 43 pre-school children ( $M_{age} = 4.88$ ,  $SD = 0.32$ ) from a school in the city of São Paulo. The children were randomly assigned to the Intervention Group (IG) or the Control Group (CG), with 21 children in the IG (13 girls, 8 boys) and 22 children in the CG (10 girls, 12 boys). The inclusion criteria were: children regularly attending school, aged between 4 and 7 years of age, and parental consent and agreement of the school to participate in the study. Figure 1 is a flowchart of participation at different stages of the study, according to the guidelines of the Consolidated Standards of Reporting (CONSORT) trials.

Insert Figure 1 here

## **Instruments**

The Preschool Anxiety Scale (PAS) was used to evaluate six dimensions of anxiety symptoms from 28 items rated on a 5-point Likert scale, with 0 being "never" to 4 being "always." The instrument had previously been adapted and validated for Brazilian Portuguese<sup>16</sup> and had been shown to have high internal consistency ( $\alpha = 0.88$ ).

The Child Behavior Checklist (CBCL) was used to evaluate externalizing problems (aggressiveness and attention problems) and internalizing (emotional reactivity, depression/anxiety, somatic complaints, and withdrawal). The instrument has 99 items scored from 0 to 2, based on the incidence of the behaviors observed by the caregiver. The instrument had been previously adapted and validated for Brazilian Portuguese<sup>17</sup> and had been shown to have a high overall internal consistency ( $\alpha = 0.97$ ).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) consists of 25 items and was used to assess emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity, peer relationship problems, and prosocial behavior. The instrument had previously been adapted and validated for Portuguese<sup>18</sup> and had been shown to have high internal consistency ( $\alpha = 0.80$ ).

The Social Competence and Behavior Evaluation Scale (SCBE) was applied only among teachers to evaluate the social adaptation of children in the school environment. It consists of 30 items that assess social competence, regulation and expression of emotion, anger and aggressive behaviors, and anxiety and avoidance behaviors. Items are rated on an incidence scale of 1 (almost never happens) to 6 (almost always). The instrument had previously been adapted and validated for Portuguese<sup>19</sup> and had been shown to have high overall internal consistency ( $\alpha = 0.87$ ).

## *Study Design*

The study is a randomized controlled pilot study with an allocation ratio of 1:1 between the experimental (IG) and control (CG) groups. The equivalence between groups at the baseline was analyzed using the one-way analysis of variance (ANOVA) for the continuous variables, and the chi-square test was used for the nominal variables. No significant differences were detected between the groups ( $T_0$ ) for any of the studied variables.

## **Procedures**

After the study was approved by the Regional Board of Education of the city of Sao Paulo, three meetings were held, the first with the school teachers and the others with the parents of the students selected to take part in the study. The main subjects discussed were: emotional health, anxiety, depression and childhood resilience. The first data collection ( $T_0$ ) took place following the meetings, with parents/caregivers who signed a free and informed

consent form and then completed the questionnaires. The same procedure was carried out with the teachers.

The *FunFRIENDS* program was delivered through 14 sessions with durations of between 90 and 120 minutes each, being: a) 10 weekly sessions for group activities with children; b) 2 sessions with parents/guardians, teachers and members of the community; c) 2 behavior reinforcement sessions: the first session was held one month after the 10th meeting and the second three months after the 10th meeting. Table 1 describes the main procedures performed in each of the *FunFRIENDS* protocol sessions. All intervention activities were conducted by two psychologists with specific training in this protocol.

Insert Table 1 here

During the intervention, the IG also received a *FunFRIENDS* activity book aimed at reinforcing the skills they had learned and practiced in each meeting. Also, the parents received a weekly report detailing the skills developed in each session and giving instructions on the activities to be performed at home. Between the 5th and 6th application of the *FunFRIENDS* program, the parents of the IG children were invited to a second 60-minute presentation on strategies for maintaining resilience in the family environment, building healthy habits, parental strategies, and social-emotional skills. The parents and teachers of all the children were again invited to complete the instruments at the end ( $T_1$ ) of the intervention (10th week), and three months after its completion ( $T_2$ ).

After the  $T_2$ , the children in the control group were submitted to the intervention with the same experimental conditions described in this study.

### **Ethics**

The present study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of São Paulo (number: 1204, CAAE: 59322116.3.0000.5505) and was registered with the Brazilian Registry of Clinical Trials: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br> (REBEC No. RBR-9329z8).

### **Data analysis**

Data from the continuous variables were standardized using the Z-score method to identify possible data outliers ( $-3 \leq Z\text{-Score} \leq 3$ ) that could affect the data analysis. No outliers were found. A chi-square test was used for analysis of categorical variables, and a one-way analysis of variance for continuous variables. Two-way mixed ANOVA with repeated measures was used to evaluate the intervention, with the different behavioral dimensions evaluated by the instruments as dependent variables. The factors “time” ( $T_0$ ,  $T_1$ , and  $T_2$ ) and “group” (IG and CG) were considered as independent variables. When significant effects were detected, Newman-Keuls post-hoc test was performed.

Additional analyses were carried out using an Intention to Treat (ITT) model based on two specific approaches used in previous studies<sup>20</sup>. In the first one (ITT-1), the last-observation-carried-forward (LOCF) procedure was used with those children who did not

complete the intervention having their baseline values ( $T_0$ ) repeated at both  $T_1$  and  $T_2$ . Thus, four participants ( $n = 2$  IG,  $n = 2$  CG) had their values repeated after  $T_1$ , 12 participants at  $T_2$  ( $n = 5$  IG,  $n = 7$  CG). In the second protocol (ITT-2), the mean values of the participants who completed the intervention at  $T_1$  ( $n = 20$ ) and  $T_2$  ( $n = 19$ ) from their respective groups (IG and CG) were considered.

The size of the effect of the nominal variables was evaluated using Cramer's V Test, from the following degrees of freedom;  $df=1$  (0 to 0.1 = small effect), (0.11 to 0.3 = medium effect), (0.31 to 1.0 = large effect);  $df= 2$  (0 to 0.07 = small effect), (0.08 to 0.21 = medium effect), (0.22 to 1.0 = large effect). For the analysis of variance, the Eta Square Test ( $\eta^2$ ) was used considering the following values: (0 to 0.4 = small effect, 0.41 to 0.79 = medium effect, 0.8 to 1.0 = large effect)<sup>21</sup>.

The level of significance in all analyses was 5%, and the software used was IBM SPSS version 20.

## RESULTS

As shown in Table 2, at the beginning of the intervention ( $T_0$ ) ANOVA did not detect differences in age between participants in the intervention group ( $M = 4.7$ ,  $SD = 0.47$ ) and the control group ( $M = 4.9$ ,  $SD = 0.25$ ). There were also no significant differences in the distribution of boys and girls in the two groups studied and ANOVA did not detect differences between the groups for any of the symptoms and behaviors analyzed. When the effects of the intervention were evaluated from the different instruments, ANOVA did not detect differences in the factor group (IG and CG) and time ( $T_0$ ,  $T_1$  e  $T_2$ ) in any of the studied dimensions. Regarding the PAS data, there was a reduction in social anxiety levels between  $T_0$  and  $T_2$  in both groups, especially in the IG participants but this reduction was not significant.

Insert Table 2 here

When data were assessed from the ITT-1 protocol (Table 3), a reduction in separation anxiety levels and overall scores in both groups was observed for the PAS instrument, but without statistical significance.

Insert Table 3 here

About the ITT-2 protocol (Table 4), the participants in the IG group also presented a more significant decrease in social anxiety scores in the PAS, and a lower overall SDQ score, although without statistical significance for both instruments

Insert Table 4 here

## DISCUSSION

To the best of our knowledge, this is the first Brazilian study conducted to evaluate the effects of a universal preventative intervention in schools through the program *FunFRIENDS*. The main results did not indicate significant effects in the

intervention group in any of the dimensions studied. A small reduction in social anxiety levels was detected in the children of both groups.

These findings corroborate some studies in the literature, such as the report of Pahl and Barrett<sup>13</sup> in which the authors did not detect a reduction in anxiety levels in IC immediately after the end of the program. On the other hand, Barrett et al.<sup>12</sup>, observed a significant reduction in anxiety symptoms in an intervention group of children aged 5 to 7 years evaluated using the PAS and BIQ (Behavioral Inhibition Questionnaire), with the results being maintained at 12-month follow-up.

It is possible that the heterogeneity of these findings is associated with the different instruments used. In the study by Pahl and Barrett<sup>13</sup>, it was detected a decrease in anxiety levels in the intervention group only from the teachers' report (BIQT instrument). In Dohl's study<sup>22</sup>, anxiety reduction was significantly higher in the intervention group and was maintained after 12 months according to the PAS and SDQ adapted for teachers. However, the same instruments were used by parents and no significant effect of the intervention was identified. In Mexico, Zertuche<sup>14</sup> observed a small reduction in anxiety symptoms, but with no statistical difference, using the PAS scale completed by parents of preschool children. However, when the BIQ scale was used a statistically significant reduction was observed in anxiety symptoms. On the other hand, in a study by Barret et al.<sup>12</sup>, the authors evaluated anxiety from parent-directed instruments (PAS and BIQ).

The PAS scale, therefore, may not be the most appropriate for the evaluation of anxiety symptoms in preschool children, mainly when the intervention is universal and carried out in a school environment. Future research using *FunFRIENDS* with Brazilian pre-schoolers could use other, more sensitive instruments - as seems to be the case with the BIQ scale - to clarify differences in the results of the effects of programs on anxiety symptoms.

Although anxiety is one of the main components of internalizing problems, sadness, withdrawal, somatic complaints and fear are also important indicators and are examined together in several studies<sup>23</sup>. In the present study, the instruments used also evaluated this broader category of internalizing symptoms and found no reductions in these symptoms in preschool children with the CBCL instrument.

Shortt et al.<sup>24</sup> conducted a randomized study with a clinical sample of children aged 6 to 10 years old using the CBCL scale completed by the mothers and found that the *FunFRIENDS* intervention had a significant effect on the reduction of internalizing symptoms among children in the intervention group. A similar result was found in a study conducted with children aged 7 to 10 years in school settings<sup>25</sup>. Similarly, Gallegos et al.<sup>26</sup> reported a significant reduction in internalizing symptoms an after intervention using the SDQ scale with a sample of children living in an orphanage. Taken together, these data demonstrated the effectiveness of the *FunFRIENDS* program in reducing or preventing internalizing symptoms in clinical settings. However, little is known about its performance when applied at the level of universal prevention in the school environment.

Many studies are based on clinical trials conducted as part of therapeutic approaches, possibly because populations with high levels of internalizing problems may benefit to a

greater extent from this intervention model<sup>27</sup>. It is possible, therefore, that the profile of these children makes it more likely that they will present changes in relation to internalizing problems, unlike in programs focused on universal prevention strategies. In this respect, this type of intervention can present a relatively low dose of intervention and does not offer enough exposure to impact children who are at high risk of a specific disorder<sup>28</sup>.

Thus, while internalizing problems are directly related to the likelihood of mental illness, prosocial behaviors are considered positive measures of universal prevention and promotion in mental health. Prosocial behaviors are any voluntary act designed to benefit another without seeking rewards, being imbued with empathy, generosity, and solidarity<sup>29,30</sup>.

In the present study, it was not detected a significant increase in the frequency of prosocial behaviors. In two reports evaluating prosocial behavior using the SDQ instrument, there were also no differences between the experimental and control groups<sup>22,26</sup>. However, some authors did observe a significant effect of the *FunFRIENDS* program on the pro-social behaviors<sup>13-15</sup>. In all of these studies, the prosocial behaviors were measured using the BERS (*Behavioral and Emotional Rating Scale*) instrument.

Although this was a randomized controlled trial, it has some limitations to be considered. The small sample used in this pilot study reduces both the size of the effect and the observed power of the analyses performed. In addition, the use of other instruments to measure internalizing problems in pre-schoolers was limited to those already validated in Brazil, which restricted the comparison of our data with other studies. We also did not evaluate possible intervening variables that may have interfered with the results, especially those related to the behavior of the children in the classroom and the leadership style of the teachers.

In summary, we did not find an effect of the *FunFRIENDS* to reduce the intensity of internalizing problems and increasing the incidence of pro-social behaviors. These data can be used to adapt specific *FunFRIENDS* protocols for Brazilian children, taking into account local conditions.

## **Contributions**

Rivero, L., Figueiredo, L., Andrade, A. and De Micheli, D. were responsible for the study concept and design. Riveiro, L and Pinheiro, B. contributed to the acquisition of data. All authors assisted with data analysis and the interpretation of findings and provided critical revision of the manuscript for important intellectual content. All authors reviewed the content and approved the final version.

## **Competing of interest**

The authors declare no conflicts of interest in the development of this study and in the preparation of the manuscript.

## **Founding**

The present work was supported by the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) from the first author's scholarship.

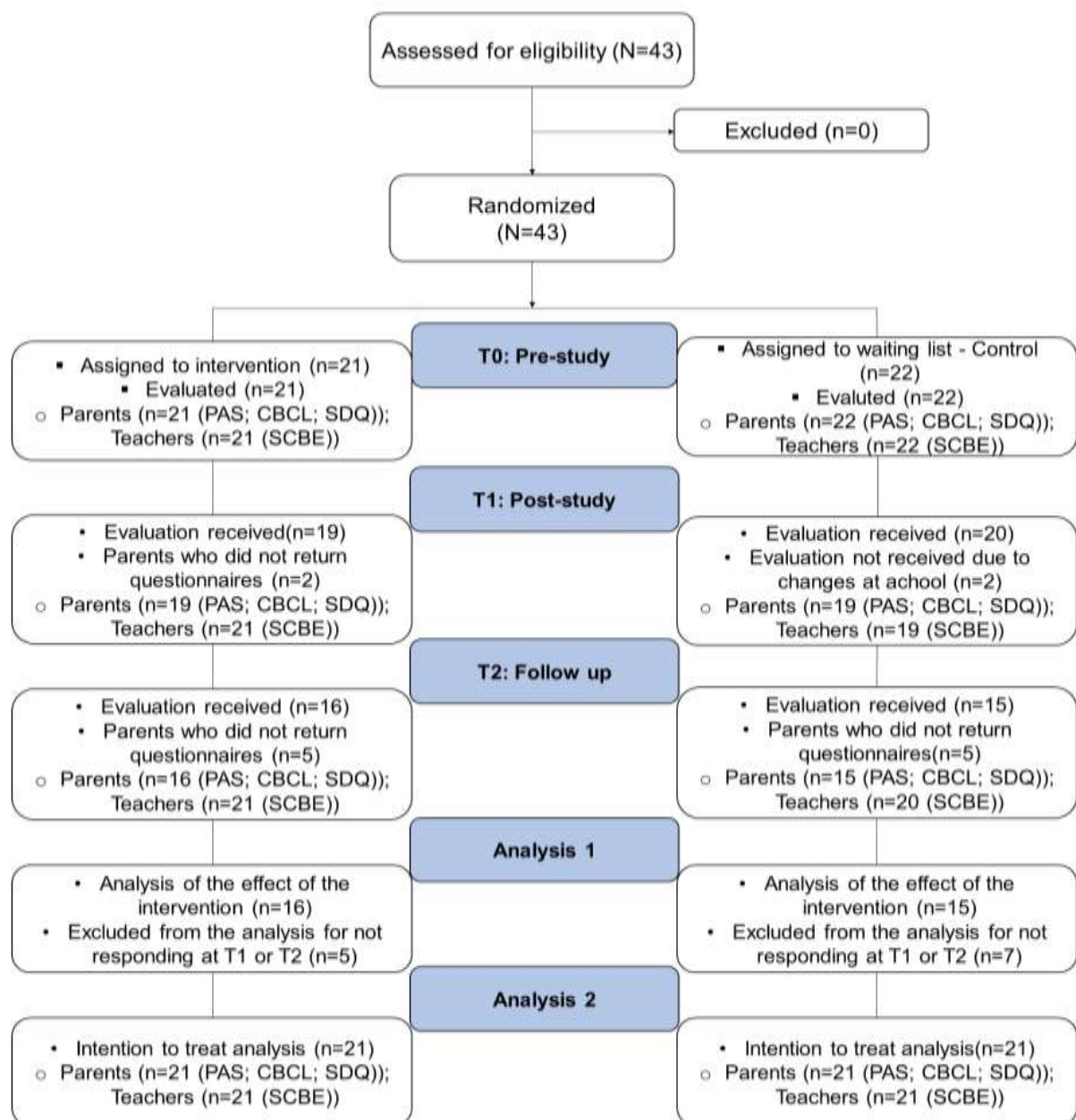
## REFERENCES

1. De Lijster JM, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman G C, Legerstee JS. The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 2017; 62(4), 237–246.
2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43(6), 727-734.
3. WHO -World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Geneva; 2017.
4. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2015; 17(3), 327–335.
5. Finsaas MC, Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN. Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. *Psychological Medicine* 2018; 1-10.
6. Flett GL, Hewitt PL. Disguised distress in children and adolescents “flying under the radar” why psychological problems are underestimated and how schools must respond. *Canadian Journal of School Psychology* 2013; 28(1), 12-27.
7. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2017; 51, 30-47.
8. Pahl KM, Barrett PM. The development of social–emotional competence in preschool-aged children: An introduction to the fun FRIENDS program. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools* 2007; 17(1), 81-90.
9. Cooley-Strickland MR, Griffin RS, Darney D, Otte K, Ko J. Urban African American youth exposed to community violence: A school-based anxiety preventive intervention efficacy study. *Journal of Prevention & Intervention in The Community* 2011; 39(2), 149-166.
10. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy* 2012; 43(2), 450-464.
11. Rodgers A, Dunsmuir S. A controlled evaluation of the ‘FRIENDS for Life’ emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health* 2015; 20(1), 13-19.
12. Barrett P, Fisak B, Cooper M. The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the Fun FRIENDS program. *Behaviour Change* 2015; 32(4), 231-242.
13. Pahl KM, Barrett PM. Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun FRIENDS program. *Advances in School Mental Health Promotion* 2010; 3(3), 14-25.
14. Zertuche CP. Effectiveness of the "Amistad y Diversion" program in the development of resilience in preschool children. [Master’s Thesis]. Universidad de Monterrey: México; 2012.

15. Anticich SA, Barrett PM, Silverman W, Lacherez P, Gillies R. The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school-based trial. *Advances in School Mental Health Promotion* 2013; 6(2), 93-121.
16. Almeida JP, Viana V. Anxiety in Portuguese pre-school children – adaptation of the spence pre-school anxiety scale. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2013; 14(3), 470-483.
17. Silveiras EFM, Rocha MM, Linhares, MBM. *Inventário de Comportamentos de Crianças entre 1 1/2-5 anos (CBCL/1½-5)*. Versão brasileira do “Child Behavior Checklist for ages 1 ½-5; 2010.
18. Fleitlich B, Cortázar PG, Goodman R. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência* 2000; 8(1), 44-50.
19. Bigras M, Dessen, MA. Social competence and behavior evaluation in Brazilian preschoolers. *Early Education and Development* 2002; 13(2), 139-152.
20. Kato S, Shimizu E. A pilot study on the effectiveness of a school-based cognitive-behavioral anxiety intervention for 8-and 9-year-old children: A controlled trial in Japan. *Mental Health & Prevention* 2018; 8, 32-38.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale. NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
22. Dohl AH. Managing anxiety through childhood social-emotional development. [Master Thesis]. The University of British Columbia: Canada; 2013.
23. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55(8), 647-656.
24. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001; 30(4), 525-535.
25. Siu AF. Using friends to combat internalizing problems among primary school children in Hong Kong. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies* 2007; 7(1).
26. Gallegos-Guajardo J, Ruvalcaba-Romero N, Langley A, Villegas-Guinea D. Selective prevention for anxiety and resilience promotion: outcomes of an anxiety prevention and resilience program with girls at risk. *Pensando Psicología* 2015; 11(18), 11-23.
27. National Research Council. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. National Academies Press; 2009.
28. Sanchez AL, Cornacchio D, Poznanski B, Golik AM, Chou T, Comer JS. The effectiveness of school-based mental health services for elementary-aged children: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2018; 57(3), 153-165.
29. Eisenberg N, Spinrad TL, Taylor ZE, Liew J. Relations of Inhibition and Emotion- Related Parenting to Young Children's Prosocial and Vicariously Induced Distress Behavior. *Child Development* 2017; 1-13.
30. Fernandes AO, Oliveira NR. Prosocial Behavior among Adolescents in Institutional Sheltering. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2017; 33(1), e3331.







**Figure 1.** Flow diagram of the participants of the study (randomized sample) according to CONSORT guidelines.

**Table 1.** Objectives and skills taught during the program sessions.

<b>Session</b>	<b>ACRONYM</b>		<b>Objectives</b>
	<b>English</b>	<b>Portuguese</b>	
<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	Presentation of the program to the participant and relationship building.
<b>2</b>	<b>F</b>	<b>A</b>	Discussion about the normalization of emotions, identification of emotions in themselves and in others.
<b>3</b>	<b>F</b>	<b>A</b>	Identification of emotions in themselves and in others (postural, facial and metaverbal expression).
<b>4</b>	<b>R</b>	<b>M</b>	Introduction of techniques of emotional self-regulation.
<b>5</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	Introduction to the concept of the relationship between thoughts, feelings and behaviour.
<b>6</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	Identification of thoughts that help and do not help, replacement of thoughts.
<b>7</b>	<b>E</b>	<b>G</b>	Presentation of the concept of a step-by-step coping plan.
<b>8</b>	<b>N</b>	<b>G</b>	Step-by-step coping plan training.
<b>9</b>	<b>D</b>	<b>O</b>	Introduction to self-reward and support network.
<b>10</b>	<b>S</b>	<b>S</b>	Techniques of positive attention, self-confidence, revision of the program.
<b>11</b>	<b>S</b>	<b>S</b>	First session to reinforce the skills learned.
<b>12</b>	<b>S</b>	<b>S</b>	Second session of reinforcement and closure of the program with "graduation" and picnic.

**Table 2.** Evaluation of the behaviour of the children from both groups regarding the perception of parents and teachers at three different times (T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub>).

	Intervention Group						Control Group						Test <i>F</i>	<i>p</i>	<i>Effect</i>	
	<b>T<sub>0</sub></b>		<b>T<sub>1</sub></b>		<b>T<sub>2</sub></b>		<b>T<sub>0</sub></b>		<b>T<sub>1</sub></b>		<b>T<sub>2</sub></b>					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
<b>PAS</b>																
Social anxiety			8.25	4.91	6.87	4.37	9.93	3.56	8.60	3.99	8.13	3.31	0.26	0.77	0.01	
Separation anxiety			7.86	2.69	5.33	1.63	8.50	4.63	6.68	4.37	5.68	3.73	0.40	0.67	0.02	
Total scores			36.62	17.25	31.0	17.19	40.93	12.26	33.40	11.04	30.30	9.50	0.11	0.89	0.00	
<b>SDQ</b>																
Emotional symptoms	3.18	2.04	2.50	2.03	2.25	1.84	2.20	1.87	1.80	1.32	1.53	1.18	0.34	0.67	0.01	
Peer Problems	2.37	1.58	2.87	1.92	1.87	1.82	1.86	1.59	1.66	1.54	1.33	1.29	0.94	0.40	0.03	
Prosocial behavior	7.75	2.14	7.75	2.17	7.75	1.94	8.0	1.69	8.20	1.97	7.80	1.37	0.26	0.77	0.01	
Total scores	11.13	4.89	9.60	4.13	8.93	4.92	14.0	5.31	14.0	5.37	11.87	5.48	0.92	0.41	0.03	
<b>CBCL</b>																
Anxiety/depression	4.62	2.68	4.56	2.42	3.75	2.35	4.06	2.76	3.60	1.91	3.13	1.18	0.12	0.89	0.00	
Somatic symptoms	2.06	2.51	2.06	2.37	2.18	2.22	2.06	1.62	1.60	1.35	1.33	1.29	0.69	0.51	0.03	
Internalizing symptoms	14.31	8.03	13.56	7.81	13.43	7.42	11.0	6.95	10.0	5.89	8.33	4.41	0.48	0.62	0.02	
Anxiety problems	6.06	3.64	5.50	3.2	4.68	3.60	5.60	2.99	4.86	2.19	3.73	2.43	0.28	0.76	0.01	
Affective problems	4.43	3.16	3.87	2.47	4.12	2.75	2.80	2.11	3.33	2.76	2.06	2.08	3.15	0.05	0.10	
Total scores	51.12	24.3	44.87	21.23	45.87	21.60	37.4	18.89	36.53	18.46	28.4	16.09	2.67	0.08	0.09	
<b>SCBE</b>																
Anxiety	1.48	0.58	1.62	0.65	1.54	0.57	1.50	0.56	1.36	0.47	1.24	0.36	1.46	0.24	0.05	
Prosocial behaviors	4.65	1.60	4.01	1.30	5.04	1.17	4.24	0.89	3.78	0.74	4.68	0.70	0.08	0.89	0.00	

*Note:* PAS = The Preschool Anxiety Scale; SDQ = The Strength and Difficulties Questionnaire; CBCL = The Child Behaviour Check List 11/5 – 5 years; SCBE = The Social Competence and Behavior Evaluation Scale; SD = Standard deviation; IG = Intervention group; CG = Control group.

**Table 3.** Evaluation of the behaviour of the children from both groups regarding the perception of parents and teachers at three different times (T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub>) based on the Intention to treat analysis 1 (last-observation-carried-forward).

	Intervention Group						Control Group						Test <i>F</i>	<i>p</i>	<i>Effect</i>
	<b>T<sub>0</sub></b>		<b>T<sub>1</sub></b>		<b>T<sub>2</sub></b>		<b>T<sub>0</sub></b>		<b>T<sub>1</sub></b>		<b>T<sub>2</sub></b>				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<b>PAS</b>															
Social anxiety	8.71	3.70	8.52	4.81	7.47	4.30	8.86	3.97	8.13	4.12	7.72	3.57	0.22	0.79	0.00
Separation anxiety	8.0	4.79	6.71	4.02	6.02	4.57	7.77	4.63	7.0	3.19	7.13	2.74	0.68	0.50	0.01
Total scores	41.04	15.65	36.61	15.37	31.95	16.32	36.86	3.76	33.27	11.73	29.77	10.13	0.14	0.86	0.00
<b>SDQ</b>															
Emotional symptoms	3.76	2.16	3.09	2.21	2.76	2.11	2.09	1.63	1.95	1.36	1.86	1.67	1.08	0.33	0.02
Peer problems	2.47	1.56	2.95	1.71	1.85	1.71	1.81	1.70	1.54	1.37	1.54	1.62	1.92	0.15	0.04
Prosocial behavior	7.09	1.78	7.52	2.24	7.23	2.13	6.81	1.78	7.54	2.38	7.31	1.78	0.14	0.86	0.00
Total scores	13.33	5.25	13.85	4.73	11.19	5.81	9.59	5.0	9.50	4.28	9.45	5.69	1.79	0.18	0.04
<b>CBCL</b>															
Anxiety/depression	4.85	2.47	4.80	2.29	4.19	2.31	4.0	2.58	3.54	2.01	3.22	1.60	0.26	0.76	0.00
Somatic symptoms	2.71	2.98	2.28	2.34	2.76	2.79	2.0	1.60	1.63	1.43	1.50	1.40	0.71	0.49	0.01
Internalizing symptoms	15.47	8.35	14.38	7.89	13.80	7.07	11.18	6.35	11.18	5.11	9.36	4.84	0.32	0.72	0.00
Anxiety problems	6.09	3.20	4.76	2.79	5.04	3.24	5.45	3.06	3.77	2.91	4.18	2.78	0.09	0.88	0.00
Affective problems	4.57	2.97	4.0	2.25	4.09	2.44	2.72	1.88	2.95	2.49	2.22	1.87	1.42	0.24	0.03
Total scores	52.19	23.23	46.28	19.93	46.38	21.14	39.54	19.30	38.31	18.42	33.40	18.52	1.01	0.36	0.02
<b>SCBE</b>															
Anxiety	1.46	0.53	1.55	0.59	1.59	0.69	1.48	0.50	1.33	0.42	1.29	0.33	2.75	0.06	0.06
Prosocial behavior	4.62	1.50	3.90	1.16	4.98	1.12	4.15	0.90	3.71	0.71	4.54	0.78	0.36	0.65	0.00

*Note:* PAS = The Preschool Anxiety Scale; SDQ = The Strength and Difficulties Questionnaire; CBCL = The Child Behaviour Check List 11/5 – 5 years; SCBE = The Social Competence and Behavior Evaluation Scale.

**Table 4.** Evaluation of the behaviour of the children from both groups regarding the perception of parents and teachers at three different times (T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub>) based on the Intention to treat analysis 2 (ITT-2).

Intervention Group							Control Group						T es t	p	Eff ect
T <sub>0</sub>		T <sub>1</sub>		T <sub>2</sub>		T <sub>0</sub>		T <sub>1</sub>		T <sub>2</sub>					
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
PAS															
Social anxiety	8.7 1	3.7 0	8.0 7	4.5 6	6.8 7	3.7 9	8.8 6	3.9 7	8.3 5	3.5 6	8.1 7	2.7 1	0. 61	0. 54	0.0 1
Separation anxiety	8.0 9	4.7 7	6.8 7	3.9 7	6.0 6	3.8 5	7.7 7	3.1 9	7.1 1	3.1 9	6.8 6	2.5 7	0. 48	0. 61	0.0 1
Total scores	41. 04	15. 65	36. 46	15. 25	29. 66	11. 37	36. 86	13. 76	33. 57	10. 32	29. 86	7.6 0	0. 70	0. 47	0.0 1
SDQ															
Emotional symptoms	3.7 6	2.1 6	2.9 0	2.1 5	2.5 2	1.9 8	2.0 9	1.6 3	1.8 3	1.2 4	1.8 7	1.4 6	1. 68	0. 19	0.0 3
Peer problems	2.4 7	1.5 6	2.9 4	1.6 8	1.7 8	1.6 2	1.8 1	1.7 0	1.6 3	1.3 1	1.4 5	1.1 9	1. 49	0. 23	0.0 3
Prosocial behavior	7.0 9	1.7 8	7.5 4	2.2 0	7.3 8	2.3 8	6.8 1	1.7 8	7.9 8	1.9 4	7.7 1	1.1 8	0. 05	0. 59	0.0 1
Total scores	13. 33	5.2 5	13. 90	4.1 3	11. 30	5.4 1	9.5 9	5.0 5.0	9.1 7	3.8 4	9.4 8	4.7 7	1. 85	0. 17	0.0 4
CBCL															
Anxiety/depression	4.8 5	2.4 7	4.8 0	2.2 9	4.1 9	2.3 1	4.0 4.0	2.5 8	4.8 5	2.4 7	3.2 2	1.6 0	0. 26	0. 76	0.0 0
Somatic symptoms	2.7 1	2.9 8	2.2 8	2.3 4	2.7 6	2.7 9	2.0 2.0	1.6 0	2.2 8	2.3 4	1.5 0	1.4 0	0. 71	0. 49	0.0 1
Internalizing symptoms	15. 47	8.3 5	14. 38	7.8 9	13. 80	7.7 3	11. 18	6.3 5	11. 19	5.6 1	9.3 6	4.8 4	0. 32	0. 72	0.0 0
Anxiety problem	6.0 9	3.2 0	4.7 6	2.7 9	4.1 8	2.7 8	5.4 5	3.0 6	3.7 7	2.9 1	4.1 8	2.7 8	0. 09	0. 88	0.0 0
Total scores	52. 19	23. 23	46. 28	19. 93	46. 38	21. 14	39. 54	19. 03	38. 31	18. 42	33. 40	18. 52	1. 01	0. 36	0.0 2
Affective problem	4.5 7	2.9 7	4.0 4.0	2.2 5	4.0 9	2.4 4	2.7 2	1.8 8	2.9 5	2.4 9	2.2 2	1.8 7	1. 42	0. 24	0.0 3
SCBE															
Anxiety	1.4 6	0.5 3	1.5 5	0.6 9	1.5 9	0.7 9	1.4 8	0.5 0	1.3 2	0.4 1	1.2 3	0.3 0	3. 01	0. 06	0.0 6
Prosocial behavior	4.6 2	1.5 0	3.9 5	1.1 6	4.9 8	1.1 2	4.1 5	0.9 0	3.7 2	0.6 7	4.6 3	0.6 9	0. 33	0. 65	0.0 0

*Note:* PAS = The Preschool Anxiety Scale; SDQ = The Strength and Difficulties Questionnaire; CBCL = The Child Behaviour Check List 11/5 – 5 years; SCBE = The Social Competence and Behavior Evaluation Scale.

## **ARTIGO 2:**

### **DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA *FUNFRIENDS* EM UMA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

#### **CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION OF THE *FUNFRIENDS* PROGRAM IN A SCHOOL: A REPORT OF EXPERIENCE**

Lina Maria Herrera Nunez Rivero – Universidade Federal de São Paulo

Email: [linamh0118@gmail.com](mailto:linamh0118@gmail.com)

Bruno de Oliveira Pinheiro – Universidade Federal de São Paulo

Email: [pinheiro.bruno10@hotmail.com](mailto:pinheiro.bruno10@hotmail.com)

Larissa Zeggio Perez Figueredo – Universidade Federal de São Paulo

Email: [larissazeggio@gmail.com](mailto:larissazeggio@gmail.com)

Denise De Micheli – Universidade Federal de São Paulo

Email: [demicheli.unifesp@gmail.com](mailto:demicheli.unifesp@gmail.com)

**Resumo:** O desenvolvimento de programas preventivos tanto em crianças quanto em adolescentes são estratégias importantes na prevenção em saúde mental, além do desenvolvimento de habilidades socioemocionais que contribuem na promoção à saúde. Um destes programas originou-se a partir do protocolo de intervenção *FunFRIENDS*, já testado em diversos países. A implantação destes programas, contudo, passa por desafios substanciais, dentre eles a adesão às intervenções propostas. **Objetivo:** Apresentar um relato de experiência a partir da avaliação da adesão de pais ao um protocolo de desenvolvimento de habilidades socioemocionais aplicado em crianças pré-escolares. **Método:** 43 pais ou responsáveis responderam questionários específicos para avaliação da efetividade do protocolo *FunFRIENDS*. **Resultados:** Observou-se baixos níveis participação dos pais nas atividades propostas bem como baixas taxas de retorno dos questionários nos diferentes momentos de coleta de dados. **Conclusão:** Os dados indicam que em estudos nos quais os sujeitos investigados são crianças, é preciso planejar com antecedência atividades que engajem e necessitem da adesão familiar para que a participação da criança seja satisfatória e o retorno dos pais aos instrumentos de coleta de dados seja o mais próximo do que se espera.

**Palavras chave:** Adesão ao tratamento; habilidades socioemocionais; prevenção universal

**Abstract:** The development of preventive programs in both children and adolescents are important strategies in mental health prevention, as well as the development of social-emotional skills that contributes to health promotion. One of these programs is providing from the *FunFRIENDS* intervention protocol, which has already been tested in several countries. The implementation of these programs, however, has been faced with substantial challenges, including the adherence to these interventions. **Objective:** Describe an experience report based on the evaluation of parental adherence to a socioemotional skills development protocol applied to pre-school children. **Method:** 43 parents or guardians answered specific questionnaires to evaluate the effectiveness of the *FunFRIENDS* protocol. **Results:** It was observed low levels of participation of parents in the proposed activities, as well as low rates of return of the questionnaires at different moments of data collection. **Conclusion:** The data indicate that in studies in which the subjects investigated are children, it is necessary to plan activities that engage the family so that the child's participation is satisfactory and the parents' return to the data collection instruments is the closest to what is expected.

**Keywords:** Adherence to treatment; socioemotional skills, universal prevention;

## INTRODUÇÃO

A prevenção de problemas na saúde mental é essencial, especialmente nos períodos da infância e adolescência. Neste sentido, as crianças pré-escolares que apresentam dificuldades sócio emocionais são as mais vulneráveis para o desenvolvimento de problemas internalizantes e externalizantes (Ooi, 2017). Assim, a utilização de programas que sejam fundamentados em abordagens positivas e preventivas em saúde mental e que reforcem a promoção de características de resiliência na infância e adolescência tornam-se relevantes (Hirshfeld- Becker, Micco, Simoes, & Henin, 2008).



O programa *FRIENDS* é um exemplo de protocolo de intervenção em saúde mental com material estruturado, baseado em evidências científicas, em técnicas da terapia cognitivo-comportamental e nos pressupostos da psicologia positiva (Pahl & Barrett, 2007). Apresenta quatro versões adaptadas para diferentes faixas etárias: “*FunFRIENDS*” (Amigos Divertidos) para crianças de 4 a 7 anos (Barrett, 2007); “*FRIENDS for Life*” (Amigos para a vida) para crianças de 8 a 11 anos (Barrett, 2005); “*My FRIENDS Youth*” (Meus Amigos Jovens) para adolescentes dos 12 aos 17 anos (Barrett, 2010) e “*Adult Resilience*” (Resiliência em Adultos) para indivíduos com 18 anos ou mais (Barrett, 2011).

Embora o programa *FRIENDS* tenha sido desenvolvido na década de 1990 e seja utilizado em mais de 20 países, no Brasil existem poucos estudos sobre avaliação de sua adaptação à realidade local. Em geral, os estudos que utilizam protocolos de natureza interventiva buscam uma boa validade interna (efetividade, eficiência, eficácia e segurança), ou seja, que a intervenção funcione em condições do mundo real (efetividade) e do mundo ideal (eficácia); que seja acessível para que os pacientes possam dela usufruir (eficiência); e por último que a intervenção possua características confiáveis, tornando pouco provável a ocorrência de desfechos indesejáveis (segurança) (Paolucci, 2007).

Muitos trabalhos utilizam metodologia quantitativa e o recurso priorizado para coleta de dados são os instrumentos (questionários), que possibilitam o alcance de amostras maiores de participantes, aumentando a credibilidade dos resultados (Moser & Kalton, 2017). Por outro lado, os pesquisadores dependem da disponibilidade e disposição dos participantes para responder a questionários (Baruch & Holtom, 2008), sendo que um dos grandes desafios em verificar a efetividade de muitos protocolos é justamente a baixa taxa de retorno dos questionários. Esse fator causa ainda mais dificuldade quando os participantes são crianças e/ou adolescentes, uma vez que é necessário a obtenção do consentimento informado dos seus pais/responsáveis além da adesão destes em relação a devolução do respectivo documento (Bartlett et al., 2017).

Embora não seja esperada uma adesão completa dos participantes aos protocolos de pesquisa, especialmente quanto ao preenchimento e devolução dos questionários, uma baixa taxa de retorno pode comprometer o andamento dos trabalhos (Bartlett et al., 2017; Biscegli, Arroyo, Halley, & Dotoli, 2008). Segundo Baruch (1999), entre os anos de 1975 e 1995 observou-se uma redução de 64,4% para 48,4% na taxa de adesão de voluntários na participação de pesquisas científicas, bem como na devolução de questionários integralmente preenchidos. Rohden et al. (2017) realizaram uma meta-análise sobre taxas de adesão de adolescentes submetidos a intervenções psicológicas, e verificaram uma taxa de desistência (*dropout*) de 26%. Segundo os autores, observou-se uma amostra bastante heterogênea, sendo 12% dentre os participantes do grupo controle e 14% do experimental.

Estes dados indicam a necessidade de investigação sobre possíveis razões relacionadas a baixa adesão dos sujeitos em protocolos de pesquisa. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar a adesão dos pais/responsáveis em relação a implantação do protocolo de intervenção *FunFRIENDS*.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram deste estudo 43 pais/responsáveis dos pré-escolares entre 4 a 7 anos de uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) da cidade de São Paulo. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ser pais ou responsáveis pelos pré-escolares participantes do projeto Fun Friends.

### **Descrição do estudo**

O presente trabalho refere-se ao estudo da adesão de pais na implementação de um programa de intervenção para crianças a partir do protocolo *FunFRIENDS* em que as crianças foram randomizadas em um grupo controle (lista de espera) e experimental.

### **Procedimentos**

Após a obtenção da autorização da Diretoria Regional de Educação para condução do estudo, agendou-se reunião com a diretora da escola para esclarecimento de dúvidas, planejamento, sorteio e alocação das crianças nos grupos. Os pais/responsáveis foram informados que o estudo seria realizado em momentos distintos, para avaliação da efetividade do protocolo de intervenção, sendo T<sub>0</sub> a coleta realizada antes da aplicação do protocolo; T<sub>1</sub> a coleta realizada imediatamente após a aplicação do protocolo; T<sub>2</sub> o *follow-up* três meses após a aplicação do protocolo e T<sub>3</sub>, o *follow-up* seis meses após a aplicação do protocolo, somente para os pais/responsáveis do GE,.

Antes do início da aplicação do projeto, pais/responsáveis participaram de uma palestra informativa sobre saúde emocional, ansiedade, depressão e resiliência na infância, os objetivos do Protocolo *FunFRIENDS* e as etapas que seriam aplicadas com as crianças. A palestra inicial foi aplicada na reunião de pais, previamente informada no calendário escolar.

Após a palestra inicial os pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que a coleta de dados fosse iniciada (T<sub>0</sub>). Todas as informações presentes na palestra foram entregues por escrito, aos pais/responsáveis, bem como, foram informados que os próximos questionários e convites para reuniões seriam entregues via agenda escolar. Para os pais ausentes nesta palestra inicial, os questionários foram enviados – via agenda escolar- juntamente com as informações do estudo.

O protocolo *FunFRIENDS* foi aplicado somente com as crianças do grupo experimental sendo que entre a 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> semana da intervenção realizou-se a segunda palestra de 60 minutos com pais/responsáveis das crianças do grupo experimental. Nesta palestra, foram discutidas estratégias para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos de resiliência no ambiente familiar. Este procedimento foi realizado seguindo o protocolo *FunFRIENDS*.

### **Ética**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP. No. 1204/2016; CAAE: 59322116.3.0000.5505) e registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (nº RBR-9329z8).

### **Análise dos dados**

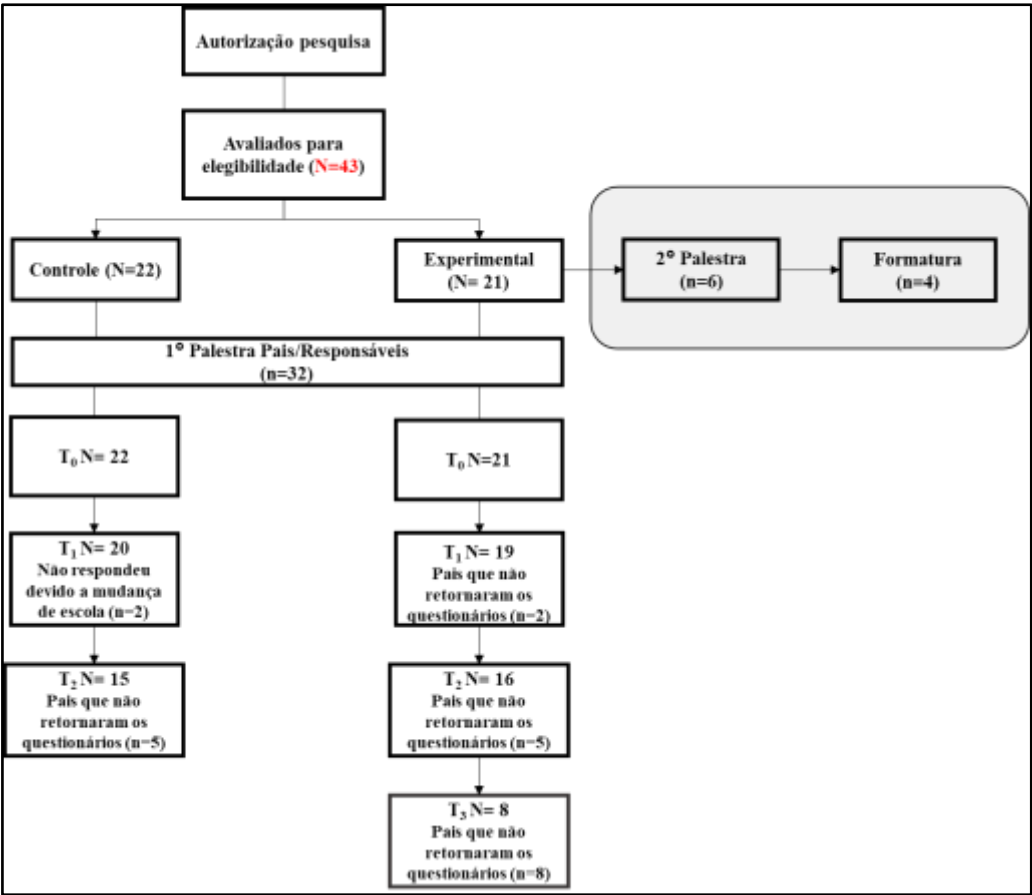
Adotou-se, como indicador da adesão ao protocolo, a frequência de questionários respondidos integralmente pelos pais considerando os diferentes momentos do estudo, a saber: T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> e T<sub>3</sub> (este último apenas no grupo experimental). Além disso, também foram

avaliadas a frequência de pais presentes nos diferentes encontros (palestras) sendo: 1<sup>a</sup>. palestra (à pais de ambos os grupos: GE e GC); 2<sup>a</sup> palestra e Formatura /piquenique (à pais do GE).

### RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de recrutamento e coleta de dados nos diferentes momentos do estudo. Pode-se observar que, em algumas etapas do processo, como formatura e encerramento, por exemplo, menos que da metade das crianças e respectivos pais (do GE) estavam presentes. A adesão dos participantes foi parecida tanto nos grupos experimental quanto no controle.

**Figura 1.** Fluxograma dos procedimentos adotados na coleta de dados conforme as normas do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para estudos randomizados. T<sub>0</sub> (antes do início da intervenção), T<sub>1</sub> (imediatamente após o término da intervenção), T<sub>2</sub> (três meses após a data de término da intervenção), T<sub>3</sub> (6 meses após da data de término da intervenção).



maioria deles, de ambos os grupos respectivamente 67% (13 mães; 1 pai) (GE) e 82% (16 mães; 2 avós) (GC). Considerando os pais do GE, 28,5% (5 mães; 1 avó) participaram da 2<sup>a</sup> palestra, estes 6 pais/responsáveis também participaram da palestra anterior. No último encontro do GE (formatura), 19% dos pais/responsáveis participaram, tendo também participado da primeira palestra e, no geral, observou-se redução significativa nos encontros presenciais durante a aplicação do protocolo. No que se refere a devolução dos questionários,

E  
m  
relaçã  
o a  
partici  
pação  
dos  
pais/re  
sponsá  
veis  
na  
primei  
ra  
palestr  
a,  
observ  
ou-se  
a  
presen  
ça da

entre os pais do GE, observou-se a redução progressiva na taxa de devolução, considerando os diferentes momentos, sendo: 100% em T<sub>0</sub>, 90,5% em T<sub>1</sub>, 76,2% em T<sub>2</sub> e 38% em T<sub>3</sub>. Entre os pais do GC, observou-se redução semelhante, sendo: 100% em T<sub>0</sub>, 91% em T<sub>1</sub> e 68% em T<sub>2</sub>.

**Tabela 1.** Frequência de respostas (adesão) dos cuidadores para cada uma das etapas do estudo. T<sub>0</sub> (antes do início da intervenção), T<sub>1</sub> (imediatamente após o término da intervenção), T<sub>2</sub> (três meses após a data de término da intervenção), T<sub>3</sub> (6 meses após a data de término da intervenção).

Respondentes	T <sub>0</sub>		T <sub>1</sub>		T <sub>2</sub>		T <sub>3</sub>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mãe	36	83,7	31	72	28	65	7	33,3
Pai	4	9,3	3	7	2	5	1	4,7
Outro	3	7	2	5	1	2	0	0
Não responderam	0	0	7	16	12	28	13	62

## DISCUSSÃO

O objetivo deste artigo foi avaliar a adesão de pais/responsáveis de uma escola de Ensino Infantil na participação das palestras informativas e no preenchimento dos questionários do protocolo *FunFRIENDS*. Apesar das dificuldades observadas neste estudo em relação a adesão dos pais/responsáveis, o uso de instrumentos de avaliação como recurso para coleta de dados é uma ferramenta amplamente utilizada e que possui vantagens como a economia de tempo na coleta dos dados, redução de deslocamentos para a coleta e obtenção de maior quantidade de dados em uma única aplicação (Gil, 2008).

No entanto, embora a aplicação de escalas de avaliação seja um recurso muito utilizado em diferentes contextos e populações, existem poucos estudos avaliando a adesão de participantes a protocolos de pesquisa, e/ou discutindo informações relativas a baixa adesão de participantes nos projetos de pesquisa, muito embora seja este um comportamento comumente encontrado. De acordo com Elder et al. (2008), ao se pensar em estratégias que possam aumentar a adesão dos participantes, o pesquisador deve: respaldar o projeto associando-o a alguma instituição, pessoa ou agência confiável; realizar discussões - com os possíveis participantes - esclarecendo os objetivos do estudo, promovendo uma comunicação clara e sensibilizando-os sobre a importância do estudo, bem como seus resultados e possíveis desdobramentos.

Moran, Ghate e Van der Merwe (2004) definem o termo “Adesão” a partir de três processos: (1) aquisição de participantes; (2) manutenção dos mesmos e (3) engajamento destes nas temáticas propostas. Portanto, considerando tal conceituação, para a realização de pesquisas em que os sujeitos investigados são crianças e/ou adolescentes, se faz necessário engajar previamente a família para que elas favoreçam a participação do sujeito, garantindo assim o bom desempenho do estudo.

Outros fatores descritos na literatura que podem influenciar na adesão de participantes referem-se aos procedimentos de recrutamento em que os convites podem ser muito

específicos ou muito genéricos. No presente estudo, foram realizados diversos contatos com os agentes principais envolvidos na pesquisa, desde a diretoria regional de ensino até os pais/responsáveis das crianças que iriam participar do estudo. Para isso foram realizadas palestras que não tinham apenas o intuito de informar os benefícios da participação na pesquisa, mas que também permitiam a aquisição de informação sobre prevenção de saúde mental infantil proporcionando espaço para esclarecimento de dúvidas dos pais sobre essa temática.

Uma das estratégias utilizadas pelos autores deste estudo com vistas a diminuir a ausência de pais na palestra inicial, foi realizar a palestra e coleta de dados ( $T_0$ ) em data previamente agendada no calendário pré-escolar, o que resultou em uma boa taxa de presença dos pais/responsáveis de ambos os grupos ( $GE=71,4\%$ ;  $GC= 82\%$ ). A exemplo da 1ª palestra, a segunda palestra e o encontro de encerramento também aconteceram no ambiente escolar, porém não estavam programados no calendário escolar, de modo que os pais foram informados sobre estes encontros por ocasião da 1ª.palestra. Diante deste fato, pode-se inferir que o segundo encontro tenha apresentado baixa adesão devido a possíveis compromissos previamente assumido pelos pais e/ou impossibilidade de remaneja-los, ou mesmo por priorização de outras atividades, esquecimento e/ou falta de interesse. Estes dados, contudo, não foram investigados.

A estratégia de recrutamento dos pais para o estudo por meio de uma reunião previamente agendada pela escola, resultou na autorização de 100% dos pais/responsáveis para que seus filhos participassem do estudo. Este procedimento está de acordo com o sugerido em estudos prévios (Mytton, Ingram, Manns, & Thomas, 2014; Koerting et al., 2013), nos quais os autores recomendam que para obtenção de adesão a estudos, deve-se investir em recrutamento personalizado e na participação de pessoas da própria comunidade. No presente estudo, a mediação da escola no processo de recrutamento foi fundamental, considerando que o contato direto com os pais aumentou o engajamento destes, ao menos inicialmente.

Na primeira palestra realizada com os pais/responsáveis de ambos os grupos ( $GC$  e  $GE$ ), os conceitos abordados foram explicitados em uma linguagem acessível, seguidos pela leitura do termo de consentimento e dos instrumentos, que foram preenchidos nesse mesmo dia, possibilitando o esclarecimento de dúvidas. Este processo de comunicação clara e explícita é extremamente importante, uma vez que se sabe que uma das barreiras na implementação de programas de prevenção/intervenção com crianças/adolescentes é a falta de informação sobre a importância das intervenções em saúde mental ou a crença de que não há necessidade de intervenção (Koerting et al.,2013).

Os dados desse estudo corroboram com a literatura ao mostrar como a participação dos pais/responsáveis do  $GE$  nas atividades propostas diminui ao longo do tempo (Kato & Shimizu, 2017; Franca, Cardoso & Araújo, 2017; Brolese, et al. 2017). Este comportamento pode refletir a relação que estes estabelecem com a escola.

Vale mencionar que, embora os pais tenham interesse na vida dos filhos e por consequente na vida escolar destes, existem barreiras que podem favorecer a falta de interação dos pais com a escola, entre elas: a) o horário de trabalho; b) dificuldade com transporte; c) indisponibilidade; d) eventos escolares fora do calendário; e) reuniões escolares que expõem

negativamente os alunos; f) reuniões sem objetivos e/ou pouco resolutivas (Murray et al., 2014; Bento, Mendes & Pacheco, 2016).

O presente estudo possui limitações que devem ser levadas em consideração, como o pequeno tamanho amostral. Além disso, utilizou-se como critério de adesão somente a frequência de questionários preenchidos pelos pais ao longo dos diferentes tempos de coleta. Vale ressaltar que não foram avaliadas as possíveis diferentes estratégias de adesão, pois trata-se de um relato de experiência na implementação de um programa preventivo.

Os dados deste estudo indicaram que ao realizar pesquisas de caráter interventivo no âmbito escolar, é fundamental o engajamento e sensibilização contínua dos pais/responsáveis, bem como planejar antecipadamente junto com a escola, estratégias que permitam não só recrutamento dos participantes (palestras em reunião de pais), mas a manutenção destes até o fim do estudo.

## REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, youth, & families. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Michelle\\_Levy5/publication/262911137\\_A\\_Model\\_for\\_Creating\\_a\\_Supportive\\_Trauma-Informed\\_Culture\\_for\\_Children\\_in\\_Preschool\\_Settings/links/56321aeb08ae13bc6c373859/A-Model-for-Creating-a-Supportive-Trauma-Informed-Culture-for-Children-in-Preschool-Settings.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Michelle_Levy5/publication/262911137_A_Model_for_Creating_a_Supportive_Trauma-Informed_Culture_for_Children_in_Preschool_Settings/links/56321aeb08ae13bc6c373859/A-Model-for-Creating-a-Supportive-Trauma-Informed-Culture-for-Children-in-Preschool-Settings.pdf)
- Almeida, J. P., & Viana, V. (2013). Adaptação da escala de ansiedade pré-escolar, de s. Spence. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 470-483. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Barrett, P. (2005). FRIENDS for Life: Group leaders' manual for children. Barrett Research Resources Pty Ltd. Brisbane, Australia: *Australian Academic Press*.
- Barrett, P. (2011). Resilience for life: Adult program. Group leaders' manual for adult. Brisbane, Australia: *Australian Academic Press*.
- Barrett, P.M. (2007). Fun Friends. The teaching and training manual for group leaders. Brisbane, Australia: *Fun Friends Publishing*.
- Bartlett, R., Wright, T., Olarinde, T., Holmes, T., Beamon, E., Wallace, D. (2017). Schools as Sites for Recruiting Participants and Implementing Research, *Journal of Community Health Nursing*, 34(2), 80-88, doi: [10.1080/07370016.2017.1304146](https://doi.org/10.1080/07370016.2017.1304146)
- Baruch, Y. (1999). Response rate in academic studies—A comparative analysis. *Human relations*, 52(4), 421-438. doi: [10.1177/001872679905200401](https://doi.org/10.1177/001872679905200401)
- Baruch, Y., & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations*, 61(8), 1139-1160. doi: [10.1177/0018726708094863](https://doi.org/10.1177/0018726708094863)

- Bento, A., Mendes, G., & Pacheco, D. (2016). Relação Escola-Família: Participação dos Encarregados de Educação na Escola. *CIAIQ2016*, 1. Retirado de <http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/648>
- Biscegli, T. S., Arroyo, H. H., Halley, N. D. S., & Dotoli, G. M. (2008). Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(4), 366-371. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a10v26n4>
- Brisbane, Australia: Fun Friends Publishing. Barrett, P. (2010). My Friends-Youth resilience program: Group leaders' manual for youth. Brisbane, Australia: *Australian Academic Press*.
- Brolese, D. F., Lessa, G., Santos, J., Mendes, J., Cunha, K. & Rodrigues, J. (2017). Resiliência da equipe de saúde no cuidado a pessoas com transtornos mentais em um hospital psiquiátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03230. Epub August 17, 2017. doi: [10.1590/S1980-220X2016026003230](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016026003230)
- Elder, J. P., Shuler, L., Moe, S. G., Grieser, M., Pratt, C., Cameron, S., ... & Greer, S. (2008). Recruiting a diverse group of middle school girls into the trial of activity for adolescent girls. *Journal of School Health*, 78(10), 523-531. doi: [10.1111/j.1746-1561.2008.00339.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.00339.x)
- Franca, A. S., Cardoso, A. A., & Araújo, C. R. S. (2017). Problemas de coordenação motora e de atenção em crianças em idade escolar. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(1), 86-92. doi: [10.11606/issn.2238-6149.v28i1p86-92](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p86-92)
- Gil, A. C. (2008). Dados e técnicas de pesquisa social. 6ª Edição. São Paulo: Editora.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Simoes, N. A., & Henin, A. (2008, May). High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 148, No. 2, pp. 99-117). Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company. doi: [10.1002/ajmg.c.30170](https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30170)
- Kato, S., Shimizu, E. (2017). A pilot study on the effectiveness of a school-based cognitive-behavioral anxiety intervention for 8- and 9-year-old children: A controlled trial in Japan, *Mental Health & Prevention*, 8, 32-38, doi: [10.1016/j.mhp.2017.10.001](https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.10.001)
- Koerting, J., Smith, E., Knowles, M. M., Latter, S., Elsey, H., McCann, D. C., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(11), 653-670. doi: [10.1007/s00787-013-0401-2](https://doi.org/10.1007/s00787-013-0401-2)
- Moran, P., Ghate, D., Van Der Merwe, A., & Policy research bureau. (2004). *What works in parenting support?: A review of the international evidence*. London: Department for Education and Skills. Retirado de <http://dera.ioe.ac.uk/5024/1/RR574.pdf>

- Murray, K. W., Finigan-Carr, N., Jones, V., Copeland-Linder, N., Haynie, D. L., & Cheng, T. L. (2014). Barriers and facilitators to school-based parent involvement for parents of urban public middle school students. *SAGE open*, 4(4). doi: [10.1177/2158244014558030](https://doi.org/10.1177/2158244014558030)
- Mytton, J., Ingram, J., Manns, S., & Thomas, J. (2014). Facilitators and barriers to engagement in parenting programs: a qualitative systematic review. *Health Education & Behavior*, 41(2), 127-137. doi: [10.1177/1090198113485755](https://doi.org/10.1177/1090198113485755)
- Ooi, L. L., Nocita, G., Coplan, R. J., Zhu, J., & Rose-Krasnor, L. (2017). Beyond bashful: Examining links between social anxiety and young children's socio-emotional and school adjustment. *Early Childhood Research Quarterly*, 41, 74-83. doi: [10.1016/j.ecresq.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2017.06.003)
- Pahl, K. M., & Barrett, P. M. (2007). The development of social-emotional competence in preschool-aged children: An introduction to the fun FRIENDS program. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 17(1), 81-90. doi: [10.1375/ajgc.17.1.81](https://doi.org/10.1375/ajgc.17.1.81)
- Paolucci El Dib, R. (2007). Como praticar a medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro*, 6(1). Retirado de <http://www.redalyc.org/html/2450/245016532001/>
- Rohden, A. I., Benchaya, M. C., Camargo, R. S., de Campos Moreira, T., Barros, H. M., & Ferigolo, M. (2017). Dropout prevalence and associated factors in randomized clinical trials of adolescents treated for depression: systematic review and meta-analysis. *Clinical therapeutics*, 39(5), 971-992. doi: [10.1016/j.clinthera.2017.03.017](https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.03.017)



### **ARTIGO 3:**

#### **Efetividade, aplicações e limitações do Programa FRIENDS em crianças pré-escolares: uma revisão integrativa**

Lina Maria Herrera Nunez Rivero<sup>1</sup>, Bruno de Oliveira Pinheiro<sup>1</sup>, Larissa Zeggio Perez Figueredo<sup>3</sup>, Denise De Micheli<sup>1</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

3. Instituto Brasileiro de Inteligência Emocional e Social- IBIES

#### **Autor correspondente:**

Denise De Micheli

Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Estr. do Caminho Velho, 333 - Jardim Nova Cidade, Guarulhos - SP, 07252-312

E-mail: demicheli.unifesp@gmail.com

## **Resumo**

O interesse em intervenções preventivas precoces baseadas em evidências científicas, como é o FRIENDS Program, tem crescido nos últimos anos. Isso se deve ao fato de que pesquisas têm alertado o surgimento de sintomas ansiosos em crianças menores de 5 anos e que, portanto, a detecção e intervenção precoce pode reduzir e/ou prevenir os prejuízos causados pelos transtornos de ansiedade. O presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre efetividade, aplicações e limitações da utilização do FRIENDS Program em crianças pré-escolares. O levantamento bibliográfico incluiu publicações no período de 2000 a 2016. Foram verificadas as bases de dados do Google Acadêmico, PubMed, PsycInfo e na própria plataforma do programa FRIENDS, gerando a seleção de nove artigos. Os resultados e a análise mostraram que a maioria dos estudos analisados apresentam como nível de intervenção a prevenção. Na análise da efetividade das intervenções, observou-se que deve haver uma seleção crítica dos instrumentos aplicados, dado que isso pode afetar os resultados da intervenção. A escola mostrou-se um espaço privilegiado para aplicação de projetos de prevenção, entretanto a formação dos profissionais facilitadores não se mostrou como fator de interferência na aplicabilidade e reprodutibilidade do protocolo. Para generalização da utilização do FRIENDS Program em crianças pré-escolares mais estudos são necessários.

**Palavras-chave:** FRIENDS Program; Prevenção; Pré-escola; Habilidades Socioemocionais.

## **Abstract**

The interest in early preventive interventions based on scientific evidence, such as the FRIENDS Program, has grown in recent years since research has alerted the emergence of anxious symptoms in children under 5 years, therefore, early detection and intervention reduces and/or prevents the damage caused by anxiety disorders. The present article aimed to carry out an integrative review on the effectiveness, applications and limitations of the use of FRIENDS Program in preschool children. The bibliographic survey included publications from 2000 to 2016. The databases of Google Scholar, PubMed, PsycInfo and the FRIENDS platform were verified. Nine articles were selected. The results and the analysis showed that most of the analyzed studies present as prevention intervention level. In the analysis of the effectiveness of the interventions, it was observed that there should be a critical selection of the instruments applied, since this may affect the results of the intervention. The school became a privileged space for the application of prevention projects, while the training of facilitators was not shown as an interaction factor in the application and reproducibility of the protocol. For generalized use of the FRIENDS Program in preschool children more studies are needed.

**Keywords:** FRIENDS Program; Prevention; Preschool; Socioemotional Skills.

## INTRODUÇÃO

O panorama das intervenções em saúde mental tem se alterado nas últimas décadas. Complementando as tradicionais ações destinadas ao tratamento dos transtornos mentais, emergiu um movimento mundial com foco em prevenção e promoção de saúde mental. Esse movimento foi organizado principalmente a partir da publicação da Carta de Ottawa em 1986 e do resgate da concepção de saúde enquanto “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças” proposta pela OMS (WHO, 1946). Tanto a infância quanto a adolescência são períodos considerados importantes para a prevenção de problemas de saúde mental. Sabe-se que crianças com menos habilidades socioemocionais são as mais vulneráveis para o desenvolvimento de problemas em sala de aula afetando assim suas relações com os pares e seu aprendizado (Claessens, 2012; Vaughn, Haager, Hogan, & Kouzekanani, 1992)

Nesse contexto, uma série de protocolos foram elaborados ou adaptados ao redor do mundo com a finalidade de desenvolver as habilidades sociais e emocionais para diferentes idades. De acordo com um relatório do National Research Council (2009), estas intervenções devem ter por objetivo o favorecimento de habilidades individuais para a resolução apropriada de tarefas do desenvolvimento, além de aumentar o autocontrole, bem-estar e promover uma autoestima positiva. Além disso, diversos estudos têm indicado que o desenvolvimento de habilidades socioemocionais na infância é capaz de atuar como fator de proteção para alguns transtornos mentais, especialmente transtornos de humor e ansiedade (Black et al., 2016; Flook, Goldberg, Pinger, & Davidson, 2015; Weare & Nind, 2011).

Dentre os protocolos existentes, o FRIENDS Program foi elaborado na década de 1990 com o objetivo de desenvolver habilidades socioemocionais e de hábitos de vida saudáveis por meio de técnicas cognitivo-comportamentais aplicadas em grupos de crianças e jovens (Pahl & Barrett, 2007). Sua efetividade foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e pelo National Registration of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP). Atualmente, este protocolo é utilizado em mais de 20 países, e foi aplicado em cerca de 900.000 participantes. Teve origem a partir do programa Coping Cat (Kendall, 1992) e dos comentários de pais e filhos que participaram no estudo inicial de tratamento grupal de Barrett (1998).

A palavra “FRIENDS” é um acrônimo que descreve as habilidades ensinadas no programa com o objetivo de auxiliar o aprendizado das crianças de forma lúdica. Seu significado é: F– Feelings; R – Relax; I – I can try; E – Encourage; N – Nurture; D- Don’t forget; S- Stay brave; e na adaptação em português “AMIGOS”: A – Atenção aos sentimentos; M – Momento de relaxar; I – Ideias que ajudam; G – Gerar soluções passo a passo; O – Orgulhe-se do seu trabalho; S- Sorria e lembre-se de ser corajoso. O acrônimo é também uma analogia com a palavra “AMIGOS”, reforçando que fazer amigos, ser um bom amigo e ter seu próprio corpo como amigo pode nos ajudar a viver melhor e mais felizes. O

protocolo inicialmente foi desenvolvido para crianças entre 7 e 14 anos, mas a crescente preocupação pela prevenção precoce fez com que alguns autores pesquisassem a efetividade do programa em crianças pré-escolares (Barrett, Sonderegger, & Xenos, 2003; Farrell, Barrett, & Claassens, 2005; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). Somente em 2007 foram realizadas adaptações específicas no FRIENDS a partir do desenvolvimento de atividades lúdicas e adequação da linguagem para crianças de 4 a 7 anos. Desta forma, a subdivisão deste protocolo deu origem ao FUNFriends, que possui os mesmos objetivos do FRIENDS Program mas, nos procedimentos, utilizam brinquedos, histórias, fantoches, jogos, e músicas para o desenvolvimento das habilidades propostas (Pahl & Barrett, 2007).

No FRIENDS Program, as habilidades são trabalhadas a partir de dois grandes eixos: 1) habilidades para uma vida saudável; e 2) habilidades socioemocionais. No primeiro, elas são desenvolvidas de forma transversal a partir de encontros com atividades e discussões que estimulam alimentação balanceada, ingestão de água, higiene do sono, atividade física, exposição ao sol e atividades ao ar livre e em contato com a natureza. No segundo eixo, as habilidades socioemocionais são desenvolvidas gradativamente ao longo dos encontros, enfatizando desde o reconhecimento de emoções em si e nos outros, manejo das emoções, treino de habilidades sociais e empáticas até a resolução de problemas e conflitos.

O protocolo é organizado em 14 encontros com duração entre 90 a 120 minutos, sendo 10 encontros de atividades em grupo para as crianças e dois para a comunidade (pais e familiares, professores, e outros cuidadores envolvidos na rotina da criança). Além disso, dois encontros posteriores para o reforço das habilidades aprendidas são realizados com intervalo de um e três meses após o décimo encontro (Pahl & Barrett, 2007).

Pesquisas têm alertado o surgimento de sintomas ansiosos em crianças menores de 5 anos e, em vista disso, houve crescente interesse na realização de intervenções preventivas precoces com programas baseados em evidências científicas, como é o caso do FRIENDS Programs (Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose, & Klein, 2012; Eley et al., 2003; Von Klitzing et al., 2014). As consequências da ansiedade decorrentes deste quadro clínico podem se agravar ao longo dos anos com repercussões severas, especialmente em crianças não submetidas a tratamento. Portanto, a detecção e intervenção precoce reduz e/ou previne os prejuízos causados pelos transtornos de ansiedade (Finsaas, Bufferd, Dougherty, Carlson, & Klein, 2018). Em muitos casos, o sofrimento psíquico na infância apenas torna-se identificável a partir do ingresso destas na escola (Flett & Hewitt, 2013). Diante disso, estratégias de avaliação e intervenção no ambiente escolar tornam-se relevantes. Sendo assim, este estudo apresenta uma revisão integrativa sobre efetividade, aplicações e limitações da utilização do FRIENDS Program em crianças pré-escolares.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que possibilita a síntese e análise de literatura empírica ou teórica com o objetivo de fornecer uma compreensão mais abrangente de determinado fenômeno (BROOME, 2000). A presente revisão foi realizada considerando

as seguintes etapas: Identificação do tema e determinação de questões norteadoras; determinação de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das

<b>Autor</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de intervenção</b>	<b>Principais resultados</b>
--------------	---------------------	-----------------	----------------------------	------------------------------

informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Na primeira etapa, definiu-se as seguintes questões de pesquisa: 1) Quais níveis de intervenção em saúde mental (tratamento, prevenção e promoção de saúde) foram estudados com a aplicação do protocolo Friends?; 2) Que medidas (instrumentos) foram utilizadas nesses diferentes níveis de intervenção e quais os resultados obtidos?; 3) Quais variáveis da implementação podem afetar a efetividade da aplicação do protocolo FRIENDS, tais como setting e profissão do aplicador?

Na segunda etapa, as buscas foram realizadas em diferentes bases de dados, entre eles: Google Acadêmico, PubMed, Psynfo e na própria plataforma do programa FRIENDS que possui diversas publicações referentes ao protocolo. As palavras chaves utilizadas foram “Fun friends” OR “Friends program”

Os critérios de inclusão utilizados foram: manuscritos escritos em português, inglês ou espanhol entre o ano 2000 até o ano de 2016. Também foram consideradas pesquisas utilizando o protocolo FRIENDS a partir de delineamentos experimentais ou quasi-experimentais com amostra constituída por crianças com idade entre 4 e 7 anos. Foram excluídos estudos que tivessem alterado alguns aspectos do protocolo FRIENDS, revisões de literatura, trabalhos não indexados, resenhas e capítulos de livros.

Foram recuperados 63 estudos e triagem destes foi realizada a partir leitura do título, resumo e, posteriormente, leitura do texto completo. Nesta revisão, foram incluídos 9 estudos, sendo três deles com desenho experimental (Anticich, Barrett, Silverman, Lacherez, & Gillies, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Shortt et al., 2001); e seis com desenho quasi-experimental (Barrett, Fisak, & Cooper, 2015; Barrett et al., 2003; Dohl, 2013; Farrell et al., 2005; Gallegos-Guajardo, Ruvalcaba-Romero, Langley, & Villegas-Guinea, 2015; Zertuche, 2012) [ver tabela 1].

**Tabela 1. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa**

E1. SHORTT; BARRETT; FOX, 2001	RCMAS; CBCL; DISCAP	Avaliar a eficácia do programa Friends como tratamento cognitivo comportamental baseado na família através da mudança do status diagnóstico.	Tratamento	Redução de ansiedade no GI a qual se manteve no seguimento (RCMAS; CBCL); 9% do GI ficou livre de diagnóstico (DISCAP)
E2. BARRETT, SONDERENGGER; XENOS, 2003	SEI; RSES; RCMAS; TSCL; KHS; BHS	Avaliar a capacidade do programa Friends na reduzir do sofrimento psíquico e construção de resiliência emocional em jovens imigrantes.	Prevenção Seletiva	Aumento da autoestima no GI (SEI e RSES); redução de sintomas de ansiedade (RCMAS), trauma (TSCL), de sensação de desesperança (KHS; BHS) no GI. Todas as mudanças se mantiveram no seguimento.
E3. FARRELL; BARRETT; CLAASSENS, 2005	CDI; SDQ; SCAS; ADISC	Examinar a efetividade do programa Friends quando aplicado em ambiente comunitário	Tratamento	Redução de sintomas de ansiedade (SCAS) e depressão (CDI); sem diferença entre grupos no SDQ; 73% das crianças ficaram livre de diagnóstico. (ADISC)
E4. PAHL; BARRETT, 2010	PAS; BIQ, BERS; BIRS	Examinar a efetividade do programa Fun Friends na redução de sintomas de ansiedade e comportamentos inibidos, junto com o aumento da força socioemocional	Prevenção Universal	GI e GC tiveram redução nos sintomas de ansiedade (PAS) e nos comportamentos de inibição (BIQ) (exceto meninos GI) Aumento nas forças emocionais (BIRS e BERS) para as meninas de ambos grupos (meninos não) No Follow-up os resultados continuaram melhorando no GI.
E5. ZERTUCHE, 2012	BERS; BIQ; SHS; PAS	Avaliar a efetividade do programa Fun Friends no desenvolvimento de resiliência em crianças em idade pré-escolar	Prevenção Universal	Aumento das habilidades sociais e emocionais (BERS), da felicidade subjetiva (SHS) Sintomas de

				ansiedade (PAS) e comportamentos de inibição (BIQ) diminuiram.
E6. DOHL, 2013	PAS; SDQ	Examinar a efetividade do programa Fun Friends na redução de sintomas de ansiedade e comportamentos inibidos, junto com o aumento da força socioemocional	Prevenção Universal	GI e GC tiveram/ redução nos sintomas de ansiedade (PAS) e nos comportamentos de inibição (BIQ) (exceto meninos GI) Aumento nas forças emocionais (BIRS e BERS) para as meninas de ambos grupos (meninos não) No Follow-up os resultados continuaram melhorando no GI.
E7. ANTICICH et al., 2013	PAS; BIQ; SDQ; DECA-C; DASS-21; HADS; PSI-SF	Avaliar a efetividade do programa Fun Friends na redução de ansiedade e inibição comportamental assim como a melhora de habilidade social e emocional nas crianças	Prevenção Universal	O GI teve uma redução nos sintomas de ansiedade (PAS) e nos comportamentos inibidos (BIQ); houve uma melhora no comportamento pró social (SDQ); Intervenção com o Friends teve um efeito protetor no estresse dos pais (DASS- 21; HADS; PSI-SF) e professores (DECA-C). O Friends foi mais efetivo que o outro programa aplicado no GC
E8. BARRET; FISAK; COOPER, 2015	PAS; BIQ, BERS; SDQ; HADS; PSI-SF; ADISC	Examinar a efetividade do Programa Fun Friends no tratamento de crianças em idade pré-escolar diagnosticadas com transtorno de ansiedade.	Tratamento	Diminuições significativas na ansiedade PAS) e timidez (BIQ); diminuição do número de transtornos de ansiedade diagnosticados (ADISC). Melhora nas habilidades pró-sociais (resiliência) (BERS; SDQ)

E9. GALLEGOS-GUAJARDO et al., 2015	RCMA; CCS; CHS; CSQ; SDQ; SVQ-C; SVQ-P	Avaliar a eficácia da versão em espanhol do programa Fun Friends.	Prevenção Seletiva	Redução nos sintomas de ansiedade (RCMA); melhora na escala de autoestima (CCS). Aumento nas habilidades proativas de enfrentamento (CSQ) e diminuição do escore da escala SDQ na versão dos cuidadores não houve diferenças nos níveis de otimismo (CHS)
------------------------------------	--	---	--------------------	---

**RCMAS:** The Revised Children's Manifest Anxiety Scale; **CBCL:** The Child Behavior Checklist; **DISCAP:** Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents and Parents; **SEI:** Self-Esteem Inventory; **RSES:** Rosenberg Self-Esteem Scale; **TSCL:** Trauma Symptom Checklist for Children; **KHS e BHS:** Hopelessness Scales; **CDI:** Child Depression Inventory; **SDQ:** Strengths and Difficulties Questionnaire; **SCAS:** Spence Children's Anxiety Scale; **ADISC:** The Anxiety Disorder Interview Schedule for Children; **PAS:** The Preschool Anxiety Scale; **BIQ:** The Behavioral Inhibition Questionnaire; **BERS:** Behavioral and Emotional Rating Scale; **BIRS:** The Behavioral Inhibition Questionnaire; **SHS:** Subjective Happiness Scale; **DECA-C:** Devereux Early Childhood Assessment; **DASS-21:** Depression Anxiety and Stress Scale; **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale; **PSI-SF:** Parenting Stress Index-Short Form; **CCS:** Piers-Harris Children's Self-Concept Scale; **CHS:** The Children's Hope Scale; **CSQ:** Coping Skills Questionnaire; **SVQ-C:** Social Validity Questionnaire for Children and Adolescents; **SVQ-P:** Social Validity Questionnaire for Parents/Caregivers.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar a efetividade, aplicações e limitações do protocolo FRIENDS Program para crianças pré-escolares, os resultados e discussão serão apresentados em três tópicos: níveis de intervenção em saúde mental utilizados no programa; resultados obtidos das medidas e instrumentos utilizados para avaliar a efetividade do protocolo; e variáveis de influência na implementação do protocolo.

### Níveis de intervenção em saúde mental utilizados no programa

Sabe-se que as estratégias de prevenção são distintas das estratégias de tratamento, porém complementares quanto ao objetivo de reduzir o fardo dos problemas emocionais e comportamentais, e favorecem o desenvolvimento saudável dos indivíduos. Enquanto no tratamento a intervenção é oferecida com vistas a redução ou alívio do sofrimento do indivíduo que já apresenta um diagnóstico clínico, na prevenção o objetivo é reduzir a probabilidade de desenvolvimento de um transtorno mental futuro (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2009). Dentre os nove artigos analisados, seis se enquadraram como preventivos (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2003; Dohl, 2013; Gallegos-Guajardo et al., 2015; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012).



O National Research Council (2009) usa o termo “prevenção” para os serviços oferecidos a sujeitos que ainda não sofrem de qualquer desconforto ou deficiência e propõe uma classificação da prevenção em subníveis, baseados nos custos e benefícios da intervenção e população alvo. Assim, o primeiro subnível é a Prevenção Universal, no qual as estratégias de intervenção são oferecidas a toda a população, partindo do pressuposto que desenvolver fatores de proteção amplos produz benefício geral e reduz a probabilidade de surgimento de um transtorno, independentemente do nível de risco que o sujeito esteja exposto. Nesse subnível considera-se ainda que o custo de intervenção é baixo, os efeitos colaterais são nulos ou pequenos e há redução de estigmatização por participar da intervenção. Dos nove artigos analisados nesta revisão, quatro deles se enquadraram como prevenção universal (Anticich et al., 2013; Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012). O subnível de Prevenção Seletiva se refere às intervenções que são direcionadas a um grupo da população identificado previamente com fatores de risco para desenvolver algum problema mental, emocional ou comportamental. Tais fatores podem ser biológicos, psicológicos ou sociais, em que o sujeito pode estar iminente exposto ou sofrer exposição ao longo da vida. Nos artigos revisados, dois estudos se enquadraram neste nível de prevenção (Barrett et al., 2003; Gallegos-Guajardo et al., 2015). O subnível denominado Prevenção Indicada corresponde a intervenções focadas em indivíduos com alto risco de desenvolver um transtorno ou condição, bem como aqueles que já apresentam sinais e sintomas subclínicos detectáveis em alguma avaliação individual, mas não preenchem os critérios diagnósticos para um determinado transtorno (National Research Council, 2009). Nesta revisão não se encontrou nenhum artigo que se enquadrasse neste tipo de prevenção.

Os problemas de saúde mental são um grande fardo tanto para o sujeito quanto para seus familiares e sociedade, e cada vez mais as pesquisas indicam que o surgimento de sinais clínicos aparece desde tenra idade (Von Klitzing et al., 2014). Corroborando essa premissa, uma pesquisa realizada com adultos com doenças mentais mostrou que a metade deles identificaram o início da doença antes dos 14 anos (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005). Nesse contexto vale destacar que o surgimento precoce de doenças mentais pode ser um fator de risco para o baixo rendimento escolar (National Research Council, 2009), além de aumentar as chances de problemas psiquiátricos e abuso de substâncias durante a adolescência (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015).

É fato que o tratamento pode requerer intervenções mais intensas para obter efetividade e isso pode envolver maior custo para os indivíduos. Portanto, a prevenção parece ser uma boa estratégia, em especial quando direcionada à crianças em idade pré-escolar, já que com o avançar da idade, as crianças ficam mais expostas aos efeitos cumulativos de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de uma série de distúrbios como consequência da ansiedade, incluindo a rejeição dos pares, baixa sensação de autocontrole ou precárias habilidades sociais (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005).

Na presente revisão, nos artigos incluídos na categoria Prevenção Universal (Anticich et al., 2013; Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012) observou-se tendência à redução de sintomas de ansiedade no grupo intervenção, embora sem diferença

estatisticamente significativa em comparação com os grupos controle (Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012).

Uma sub-análise feita no trabalho de Anticich et al. (2013) selecionando apenas as crianças com maiores e menores sintomas de ansiedade mostrou que, na comparação entre esses subgrupos, a intervenção com o FRIENDS Program teve maior impacto no subgrupo com maior ansiedade. Esses dados são corroborados pelos resultados dos artigos classificados como Prevenção Seletiva, nos quais houve diferença significativa na redução de sintomas ansiosos entre os grupos intervenção e controle (Barrett et al., 2003; Gallegos-Guajardo et al., 2015). Estes achados condizem com a discussão do National Research Council (2009) de que populações com alto risco de sofrer transtornos internalizantes se beneficiam em maior grau de intervenções focadas na prevenção. Nesse cenário, pode-se imaginar que os sujeitos seriam mais sensíveis em mostrar mudanças no perfil de problemas internalizantes no curto prazo, quando as avaliações são realizadas, de forma diversa ao que acontece na prevenção universal universais. A prevenção universal pode constituir uma dosagem relativamente baixa de intervenção insuficiente para se observar mudanças imediatas (National Research Council, 2009) ou cujos instrumentos de avaliação não sejam sensíveis para observar.

### **Medidas de avaliação de efetividade do protocolo**

Com vistas a avaliar a efetividade do FRIENDS Program em crianças pré-escolares vários instrumentos foram utilizados com os seguintes indicadores: sintomas internalizantes, autoestima, esperança, otimismo, capacidade de enfrentamento, comportamento pró-social, forças emocionais e comportamentais. Sabendo que o FRIENDS Program foi desenvolvido com a finalidade de prevenir sintomas internalizantes, especificamente ansiedade, e em todos os estudos esta medida foi utilizada, este indicador foi escolhido para verificar efetividade do programa na redução de sintomas internalizantes (ansiedade, depressão e inibição comportamental). Indicadores de comportamento pró-social e forças emocionais foram avaliados como desfechos secundários de efetividade para promoção de resiliência.

Todos os estudos da amostra avaliaram a redução de sintomas de ansiedade utilizando os seguintes instrumentos: Preschool Anxiety Scale - PAS (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2015; Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012); e Revised Children's Manifest Anxiety Scale - RCMAS (Gallegos-Guajardo et al., 2015; Shortt et al., 2001). Além disso, três artigos avaliaram a mudança do diagnóstico de ansiedade clínica para não clínica por meio de entrevistas clínicas padronizadas: Anxiety Disorder Interview Schedule for Children-ADISC (Barrett et al., 2015; Farrell et al., 2005); Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents and Parents- DISCAP (Shortt et al., 2001). Além das escalas específicas para avaliação de ansiedade, no estudo de Barrett, Sonderegger e Xenos (2003) também foi usada a escala de ansiedade Trauma Symptom Checklist for Children (TSCL).

Em relação ao desenho experimental, cinco artigos realizaram comparação entre grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC) (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2003; Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Shortt et al., 2001) e os demais (Barrett et al., 2015; Gallegos-Guajardo et al., 2015; Zertuche, 2012) realizaram comparação entre pré e pós intervenção em grupo único.

O uso da escala PAS, para avaliar ansiedade, mostrou-se limitada para avaliar as mudanças nos sintomas de ansiedade. Quando usada a escala RCMAS, as entrevistas diagnósticas (ADISC; DISCAP) e a subescala do TSCL, foi observada redução de ansiedade após a aplicação do FunFRIENDS nos grupos de intervenção quando comparados aos grupos controle em todos os estudos. Esses resultados podem indicar que o PAS não é instrumento sensível para avaliação de sintomas de ansiedade em pré-escolares em intervenções preventivas do tipo universal (Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012), haja visto que a redução de sintomas ansiosos após a utilização do FRIENDS foi observada com outros instrumentos (i.e.: RCMAS; TSCL). Os estudos que fizeram uso das entrevistas diagnósticas (Barrett et al., 2015; Farrell et al., 2005; Shortt et al., 2001) mostraram que a intervenção por meio do protocolo FRIENDS em crianças pré-escolares consegue mudar o diagnóstico de ansiedade clínica para não clínica.

É importante ressaltar que no estudo de Anticich et al. (2013), também foi implementada a escala PAS, mas, os pesquisadores criaram para a análise dos resultados a categoria de inibição comportamental, no qual incluíram a subescala de fobia social do PAS e as sub escalas de novidade social e situacional do BIQ e a subescala de desafios físicos do BIQ, por este motivo não se pode afirmar se neste estudo a escala PAS foi sensível na medição dos sintomas de ansiedade.

Em relação aos sintomas depressivos, dois estudos avaliaram a redução destes pela intervenção com o FRIENDS Program. (1) Trauma Symptom Checklist for Children- TSCL (Barrett et al., 2003) e (2) The Children's Depression Inventory- CDI (Farrell et al., 2005). Ambos resultados mostraram reduções dos sintomas após a intervenção com o programa. Novas pesquisas devem incluir indicadores de depressão no público de pré-escolares para verificar a estabilidade desses resultados.

Além de ansiedade e depressão, a inibição comportamental foi avaliada por meio do Behavioral Inhibition Questionnaire (BIQ). A inibição comportamental, relacionada aos comportamentos de timidez e retraimento, é considerada fator de risco para o desenvolvimento posterior de transtornos de ansiedade (Kagan, 1997; Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 2000; Schwartz, Snidman, & Kagan, 1999). Quatro artigos avaliaram esse indicador na amostra da presente revisão (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2015; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012). Em três dos artigos foi detectada diminuição significativa ( $p < 0.05$ ) na inibição comportamental quando comparou-se os resultados das crianças antes e após a intervenção (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2015; Zertuche, 2012). Pahl e Barrett (2010) observaram tendência quase significativa ( $p = 0.06$ ). Ressalta-se que a avaliação da inibição comportamental é uma medida importante para investigação em pré-escolares. Em geral, esse é o comportamento que os pais reconhecem com maior facilidade nas crianças, e está bem estabelecido como fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade na infância, ou posteriormente, na vida adulta, em especial relacionado à Fobia Social (Asbahr, 2004).

Além de indicadores que avaliam diretamente a probabilidade de adoecimento, como sintomas ansiosos e internalizantes, o comportamento pró-social tem sido utilizado como medida positiva para avaliar prevenção e promoção de saúde mental (Eisenberg, Spinrad,

Taylor, & Liew, 2017). Comportamentos pró-sociais são considerados comportamentos voluntários destinados a beneficiar o outro sem busca de recompensas externas ou materiais, promovido pela empatia, generosidade e solidariedade (Eisenberg et al., 2017; Fernandes & Monteiro, 2017). Seis estudos avaliaram comportamento pró-social através de duas escalas: Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ (Dohl, 2013; Gallegos-Guajardo et al., 2015) e Behavioral and Emotional Rating Scale- BERS (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2015; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012).

Quando utilizada a escala SDQ, apenas um dos estudos mostrou aumento de comportamento pró-social quando comparados os resultados antes e após da intervenção em grupo único (Barrett et al., 2015). Por outro lado, quando utilizado o instrumento BERS, observou-se mudanças após a intervenção nos grupos experimentais. Estas mudanças só foram significativas em três dos quatros estudos que utilizaram esta escala (Anticich et al., 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012), sugerindo que este instrumento é o mais indicado para avaliação de comportamento pró-social e forças pessoais.

### **Variáveis de influência na implementação do FRIENDS program**

Com o intuito de elucidar os diversos fatores envolvidos na implementação do FRIENDS program, a Tabela 2 apresenta as principais variáveis analisadas em cada estudo dessa revisão.

**Tabela 2. Apresentação da síntese das variáveis de implementação consideradas na revisão**

Estudo	Local da intervenção	Profissão do facilitador	Tipo de treinamento	Duração treinamento	Duração da intervenção	Duração da sessão	Seguimento
E1	clinica	Psicólogo	Treinamento o Workshop; Apoio contínuo (supervisão)	NI	10 sessões	50 minutos	12 meses
E2	escola	Profissional da saúde mental	NI; Apoio contínuo (supervisão)	NI	10 sessões	60 minutos	6 meses
E3	clinica	Psicólogo	NI	NI	10 sessões	90 minutos	Não
E4	escola	Psicólogo	NI; Apoio contínuo (supervisão)	NI	9 sessões	60 minutos	12 meses

E5	escola	Professor	Workshop de treinamento	2 dias	12 sessões	60 minutos	Não
E6	escola	Professor	Workshop de treinamento ; Apoio contínuo	NI	11 semanas	60-75 minutos	Não
E7	escola	Professor	Workshop de treinamento	1 dia	10 semanas	NI	12 meses
E8	clinica	Psicólogo	Workshop de treinamento	1 dia	10 sessões	90 minutos	12 meses
E9	abrigo	Psicólogo	Workshop de treinamento	2 dias	10 sessões	60-75 minutos	Não

NI: Não informado

### **Local de implementação do programa (setting)**

Dos 9 artigos analisados, cinco (Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2003; Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012) realizaram a intervenção em ambiente escolar, três artigos (Barrett et al., 2015; Farrell et al., 2005; Shortt et al., 2001) aplicaram o programa em clínicas psicológicas, e um (Gallegos-Guajardo et al., 2015) em uma instituição de acolhimento (abrigo).

A maioria dos artigos (5 deles; 55.5%) realizaram a intervenção em ambiente escolar, remetendo aos resultados apresentados na revisão sistemática sobre grupos de prevenção para crianças e adolescentes do Kulic, Horne e Dagley (2004). Naquela revisão os autores constataram que a maioria dos estudos foram implementados no âmbito escolar (75; 79.8%). Este resultado não foge do esperado, já que as crianças e adolescentes passam grande parte do tempo na escola (Greenberg, Domitrovich, Weissberg, & Durlak, 2017), o que pode ser considerado uma grande vantagem porque permite que as intervenções sejam realizadas para um grande número de crianças, além disso o ambiente escolar permite a identificação das crianças que precisam de intervenções específicas (Flett & Hewitt, 2013). Em contrapartida, a prevenção universal não é normalmente realizada em clínicas, visto que geralmente estes espaços têm como público sujeitos que já apresentam níveis sub-clínicos ou clínicos de adoecimento mental (Kulic, Horne, & Dagley, 2004).

Esse padrão de local de implementação pode ser observado nos artigos revisados: em ambiente clínico o nível de intervenção foi de tratamento (Barrett et al., 2015; Farrell et al., 2005; Shortt et al., 2001), enquanto que em escolas a intervenção foi de prevenção universal (Anticich et al., 2013; Dohl, 2013; Pahl & Barrett, 2010; Zertuche, 2012) e prevenção seletiva (Barrett et al., 2003; Gallegos-Guajardo et al., 2015). Pode-se observar através dos resultados

de efetividade que no ambiente clínico o efeito da intervenção na redução da ansiedade é observado imediatamente na pós-avaliação, já nos estudos realizados em escola, se observam algumas mudanças na pós-avaliação, embora pouco significativas, mas nos estudos que realizaram follow-up pode-se observar redução importante nos níveis de ansiedade (Anticich et al., 2013; Pahl & Barrett, 2010). Nesta análise o contexto está muito relacionado ao nível de intervenção realizada e, como foi discutido anteriormente, as populações que já se encontram em sofrimento emocional ou que apresentam alto risco de sofrimento, se beneficiam mais das intervenções (National Research Council, 2009), enquanto aqueles sujeitos que não apresentam sintomas de sofrimento emocional, o efeito da intervenção pode demorar em aparecer (Neil & Christensen, 2009). Portanto a análise dos resultados de efetividade na aplicação do FRIENDS Program em crianças pré-escolares mostrou que a seleção crítica dos instrumentos de pesquisa pode auxiliar na verificação dos resultados após a implementação. A utilização de instrumentos sensíveis, especialmente dependendo do nível de intervenção preventiva proposto, é um fator importante.

### **Profissionais que conduzem a implementação do programa.**

O tipo de profissional que conduz um programa de prevenção em saúde mental pode impactar significativamente a efetividade dos resultados, em vista da experiência prévia em intervenções em saúde mental e capacidade de adaptação de atividades sem perder a integridade do programa, por exemplo. Ainda que profissionais de saúde e educação possam igualmente implementar o Friends Program, sabe-se que profissionais que atuam na área de saúde mental apresentam melhor compreensão da relação entre as características ambientais e internas do adoecimento emocional e, portanto, estão melhor equipados para desenvolver programas de prevenção e tratamento junto a crianças e jovens (Barrett et al., 2003). No entanto, o crescente interesse por intervenções universais realizadas em escolas, tem trazido a necessidade de implementação de programas por profissionais da educação (professores), já que eles têm contato diário com as crianças, ocupam um papel central na vida destas, são vistos como confiáveis tanto pelas crianças como pelos pais e poderiam, assim, potencializar a sua intervenção (Wolmer, Laor, Dedeoglu, Siev, & Yazgan, 2005). Vale ressaltar que, o protocolo FRIENDS recomenda treinamento prévio dos profissionais responsáveis por pesquisas que utilizarão o protocolo. Neste sentido, observou-se que seis dos nove artigos revisados mencionam o treinamento dos facilitadores no protocolo (Shortt, et al., 2001; Zertuche, 2012; Dohl, 2013; Anticich et al., 2013; Barrett et al., 2015; Gallegos-guajardo et al., 2015). No Brasil, essa formação prévia é sistematizada e padronizada em encontros e estágios que totalizam 260 horas de formação, fornecendo ao profissional acreditação nacional e internacional por três anos, permitindo a ele a aplicação do protocolo à todas as faixas etárias e em diferentes settings, a saber: clínico, escolar, comunitário e empresarial. (Instituto Brasileiro de Inteligência Emocional e Social (IBIES), Disponível em: <http://www.metodofriends.com>).

Nesse contexto, uma das variáveis analisadas por pesquisadores é a influência do tipo de formação profissional em relação a intervenção preventiva. Fisak, Richard e Mann (2011) realizaram uma metanálise com o objetivo de verificar a efetividade de programas preventivos de ansiedade em crianças e adolescentes. Uma das variáveis estudadas foi justamente a influência da profissão do facilitador sobre a efetividade da intervenção, comparando profissionais da saúde com outras categorias profissionais, por exemplo, educadores. Os resultados encontrados pelos referidos autores, mostraram que quando as intervenções são realizadas por profissionais da saúde mental estas apresentam um efeito maior. Stallard et al., (2014) encontraram resultados semelhantes ao realizarem o primeiro grande ensaio clínico randomizado pragmático comparando os resultados da intervenção do programa FRIENDS quando implementado por professores ou profissionais da saúde mental.

Na presente revisão, dos nove estudos analisados, três apresentavam educadores como facilitadores do protocolo de intervenção (Anticich et al., 2013; Dohl, 2013; Zertuche, 2012), sendo os demais psicólogos (Barrett et al., 2015, 2003; Farrell et al., 2005; Gallegos-Guajardo et al., 2015; Pahl & Barrett, 2010; Shortt et al., 2001) e, ao contrário dos resultados verificados nos estudos de Fisak et al. (2011) e Stallard et al., (2014), não se observam diferenças na efetividade do protocolo quando aplicado por professor e quando aplicado por psicólogos.

## **Conclusões**

Com o crescente prevalência de transtornos mentais na infância e na adolescência, se faz necessário o investimento em intervenções precoces que previnam o surgimento de problemas relacionados à saúde mental. Os protocolos de prevenção, procuram, de maneira geral, atingir um grande número de sujeitos em um curto período de tempo, reduzindo e/ou evitando um nível alto de sofrimento tanto no indivíduo como em suas famílias, e também reduzindo os grandes custos financeiros para a todos os envolvidos em tratamentos de doenças. O FRIENDS destacou-se, por ter um follow-up, pós intervenção preventiva, e por contar com estratégias diferenciadas para crianças em idade pré-escolar, capaz de atuar como fator de proteção para a saúde mental por meio do desenvolvimento de habilidades socioemocionais.

Quanto as medidas de avaliação, observou-se que, em acompanhamentos de longo prazo pós intervenção, se faz necessário uma seleção crítica e o estabelecimento de instrumentos mais sensíveis aos indicadores de ansiedade, já que existe uma variedade de instrumentos que são adotados de acordo com a finalidade e especificidade dos estudos que utilizam o protocolo FRIENDS.

Entre as variáveis de influência na implementação apontadas por esta revisão, no que diz respeito aos espaços de intervenção, a escola mostrou-se como espaço privilegiado para a aplicação dos programas de prevenção. A formação dos profissionais facilitadores não se mostrou um fator de interferência nos resultados, na aplicabilidade e na reprodutibilidade do protocolo. É reconhecido que, se por um lado os professores possuem maior treinamento no

manejo de classe e diferentes habilidades que permitem com que as crianças e pais se engajem com maior facilidade no processo interventivo, por outro lado os profissionais da saúde possuem uma maior facilidade em diagnosticar com maior precisão os sinais e sintomas de problemas relacionados à saúde mental. No entanto, acredita-se que as possíveis diferenças relativas a categoria profissional do facilitador possam e devam ser dirimidas a partir do treinamento prévio a utilização do protocolo.

Por fim, futuras investigações serão necessárias para que se possa generalizar a aplicabilidade e efetividade do FRIENDS program em crianças pré-escolares.

## Referências

- Anticich, S. A. J., Barrett, P. M., Silverman, W., Lacherez, P., & Gillies, R. (2013). The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(2), 93–121. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784616>
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência : aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80, 28–34. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300005>
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the Fun FRIENDS program. *Behaviour Change*, 32(4), 231–242. <https://doi.org/10.1017/bec.2015.12>
- Barrett, P., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241–260. <https://doi.org/10.1177/1359104503008002008>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... Grantham-McGregor, S. (2016). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 380(16), 1–14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: Continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157–1164. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020268>
- Claessens, A. (2012). Kindergarten child care experiences and child achievement and socioemotional skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(3), 365–375. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.12.005>
- Dohl, A. H. (2013). Managing anxiety through childhood Social-emotional development. *Igarss 2014*, (1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Taylor, Z. E., & Liew, J. (2017, August 31). Relations of Inhibition and Emotion-Related Parenting to Young Children's Prosocial and



Vicariously Induced Distress Behavior. *Child Development*.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.12934>

- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(7), 945–960. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00179>
- Farrell, L. J., Barrett, P. M., & Claassens, S. (2005). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22(4), 236–248. <https://doi.org/10.1375/bech.22.4.236>
- Fernandes, A. O., & Monteiro, N. R. de O. (2017). Comportamentos Pró-Sociais de Adolescentes em Acolhimento Institucional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3331>
- Finsaas, M. C., Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2018, January 16). Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. *Psychological Medicine*, pp. 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003646>
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011, September 25). The Prevention of Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review. *Prevention Science*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0210-0>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2013). Disguised Distress in Children and Adolescents “Flying Under The Radar”: Why Psychological Problems Are Underestimated and How Schools Must Respond. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 12–27. <https://doi.org/10.1177/0829573512468845>
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., & Davidson, R. J. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*, 51(1), 44–51. <https://doi.org/10.1037/a0038256>
- Gallegos-Guajardo, J., Ruvalcaba-Romero, N. A., Langley, A., & Villegas-Guinea, D. (2015). Selective prevention for anxiety and resilience promotion: Outcomes of an anxiety prevention and resilience program with girls at risk. *Pensando Psicologia*, 11(18), 11–23. <https://doi.org/10.16925/pe.v11i18.1001>
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and emotional learning as a public health approach to education. *Future of Children*, 27(1), 13–32. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1144819.pdf>
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., ... Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427–435. <https://doi.org/10.4088/JCP.v60n0702>

- O Instituto Brasileiro de Inteligência Emocional e Social (IBIES). Formação para profissionais de saúde e educação: Método Friends. Brasil. Disponível em: <http://www.metodofriends.com>. Acessado em 20/06/2018).
- Kagan, J. (1997). Temperament and the Reactions to Unfamiliarity. *Child Development*, 68(1), 139–143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01931.x>
- Kendall, P. C. (1992). Childhood Coping: Avoiding a Lifetime of Anxiety. *Behaviour Change*, 9(4), 229–237. <https://doi.org/10.1017/S081348390000615X>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kulic, K. R., Horne, A. M., & Dagley, J. C. (2004). A comprehensive review of prevention groups for children and adolescents. *Group Dynamics*. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.8.2.139>
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015, September 1). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- National Research Council. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/12480>
- Pahl, K. M., & Barrett, P. M. (2007). The Development of Social–Emotional Competence in Preschool-Aged Children: An Introduction to the Fun FRIENDS Program. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 17(1), 81–90. <https://doi.org/10.1375/ajgc.17.1.81>
- Pahl, K. M., & Barrett, P. M. (2010). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the fun FRIENDS program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(3), 14–25. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715683>
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 461–468. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00015>
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488–497. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.488>

- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008–1015. <https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00017>
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30(4), 525–535. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004\\_09](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_09)
- Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R., & Simpson, N. (2014). Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): A cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 185–192. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70244-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70244-5)
- Vaughn, S., Haager, D., Hogan, A., & Kouzekanani, K. (1992). Self-Concept and Peer Acceptance in Students with Learning Disabilities: A Four- to Five-Year Prospective Study. *Journal of Educational Psychology*, 84(1), 43–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.84.1.43>
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., & Fernandez, J. L. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS*, 5(1), 46–61. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20090005>
- Von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L., & Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55(10), 1107–1116. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12222>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(SUPPL. 1), i29–i69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005, December 1). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. Wiley/Blackwell (10.1111). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wolmer, L., Laor, N., Dedeoglu, C., Siev, J., & Yazgan, Y. (2005). Teacher-mediated intervention after disaster: A controlled three-year follow-up of children's functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(11), 1161–1168. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00416.x>
- Zertuche, C. (2012). *Efectividad del programa “AMISTAD Y DIVERSIÓN” en el desarrollo de la resiliencia en niños en edad preescolar*. Universidad de Monterrey. Retrieved from <http://uploads.friendsresilience.org/wp-content/uploads/2016/12/05031947/Claudia-Zertuche-MA-thesis-2012-Mexico.pdf>

## 5. Considerações finais

Este foi o primeiro estudo realizado no Brasil com o objetivo de avaliar os efeitos do programa *FunFRIENDS* na prevenção universal de ansiedade no ambiente escolar. Em vista dos dados obtidos terem sido divergentes da literatura internacional, esta pesquisa sugere que adequações na escolha de instrumentos para avaliação, adaptações de implementação para melhora de adesão dos cuidadores na intervenção, aumento do número amostral e avaliações complementares de fatores intervenientes [i.e. como características de manejo do comportamento de estudantes em sala de aula - estilo de liderança dos professores] sejam realizadas em novos estudos para que o perfil de efetividade do protocolo na realidade brasileira possa ser melhor apresentado e contribuir com sua indicação ou não como intervenção preventiva.

Outro fato importante, refere-se à importância de investir em estratégias de recrutamento e adesão de participantes quando as pesquisas são realizadas no ambiente escolar, especificamente quando os participantes são crianças. Esta pesquisa mostrou que o uso de reuniões presenciais e em datas previamente agendadas pela escola favorece a interação entre os pais/responsáveis e os pesquisadores, possibilitando maior comparecimento nas palestras, podendo aumentar a porcentagem de recrutamento de participantes nas pesquisas. Sabendo que não basta apenas obter o consentimento para o início da pesquisa, mas que é importante manter pais/responsáveis vinculados ao longo de todo estudo para obter uma taxa razoável de retorno dos questionários, faz-se necessário investir em estratégias que permitam melhorar a comunicação, interação e empatia entre pais/responsáveis e o pesquisador.

Os resultados do presente estudo sugerem que o contato com os pais/responsáveis deve ser periódico, com estratégias alinhadas em conjunto com a escola e preferencialmente definidas em calendário escolar oficial, além de serem apresentadas no contato inicial com o projeto/protocolo. Vale ressaltar que medidas diretas de modificação do comportamento das crianças, como a filmagem de comportamentos em situações naturais ou durante a intervenção, podem ser um recurso importante de avaliação de efetividade do protocolo em vista da queda na devolução dos instrumentos de coleta. Devido à importância de contar com

diferentes informantes que convivem com a criança em variados contextos, estratégias para uma boa adesão dos pais/responsáveis na devolução dos instrumentos é um fator que deve ser mais explorado em novos estudos.

Com o crescente indicativo de transtornos mentais na infância e na adolescência, se faz necessário o investimento em intervenções precoces que previnam o surgimento de problemas de saúde mental. A prevenção procura atingir um grande número de sujeitos em um curto período de tempo, reduzindo ou evitando um nível alto de sofrimento tanto em crianças como em suas famílias, assim como reduzindo os grandes custos financeiros para a comunidade em geral.

Contudo, ainda são necessários mais estudos que utilizem o Programa *FRIENDS* e que envolvam, além de crianças em fase pré-escolar, diferentes faixas etárias da infância e adolescência e em diferentes contextos, de modo que a efetividade do protocolo possa ser generalizada.

## Bibliografia

1. ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. **Psychological bulletin**, v. 85, n. 6, p. 1275, 1978.
2. ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. Validity of ASEBA Preschool Scales. In: **Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families., 2000. p. 74–100.
3. ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A.; IVANOVA, M. Y. **International epidemiology of child and adolescent psychopathology: Diagnoses, dimensions, and conceptual issues**. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200283>>. Acesso em: 15 maio. 2018
4. ACHENBACH, T. M. et al. Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 8, p. 647-656, 2016.

5. AHLEN, J. et al. School-based prevention of anxiety and depression: A pilot study in Sweden. **Advances in School Mental Health Promotion**, v. 5, n. 4, p. 246–257, 2012.
6. ALMEIDA, J. P.; VIANA, V. Adaptação da escala de ansiedade pré-escolar, de s. Spence TT- Anxiety in portuguese pre-school children - adaptation of the spence pre-school anxiety scale. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 3, p. 470–483, 2013.
7. ANTICICH, S. A. J. et al. The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. **Advances in School Mental Health Promotion**, v. 6, n. 2, p. 93–121, 2013.
8. ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência : aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 28–34, 2004.
9. ASSOCIATION, A. P. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)**. [s.l.] Artmed, 2002.
10. BANDEIRA, M. et al. Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 199-208, 2006.
11. BARRETT, P.; FISAK, B.; COOPER, M. The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the Fun FRIENDS program. **Behaviour Change**, v. 32, n. 4, p. 231–242, 2015.
12. BARRETT, P.; SONDEREGGER, R.; XENOS, S. Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 8, n. 2, p. 241–260, 2003.
13. BIENVENU, O. J.; GINSBURG, G. S. International Review of Psychiatry Prevention of anxiety disorders Prevention of anxiety disorders. **International Review of Psychiatry**, v. 19, n. 6, p. 647–654, 11 jan. 2007.
14. BIGRAS, M.; DESSEN, M. A. Social Competence and Behavior Evaluation in Brazilian preschoolers. **Early Education and Development**, v. 13, n. 2, p. 139–151, abr. 2002.
15. BLACK, M. M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v. 380, n. 16, p. 1–14, 2016.

16. BRIESCH, A. M.; HAGERMOSER SANETTI, L. M.; BRIESCH, J. M. **Reducing the Prevalence of Anxiety in Children and Adolescents: An Evaluation of the Evidence Base for the FRIENDS for Life Program School Mental Health**, 2010.
17. CASEL. Effective Social and Emotional Learning Programs. **Preschool and Elementary School Edition**, p. 1–80, 2012.
18. CASTILLO, A. R. G. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. suppl 2, p. 20–23, dez. 2000.
19. CHAVIRA, D. A. et al. Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. **Depression and Anxiety**, v. 20, n. 4, p. 155–164, 2004.
20. CHRONIS-TUSCANO, A. et al. Stable Early Maternal Report of Behavioral Inhibition Predicts Lifetime Social Anxiety Disorder in Adolescence. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 48, n. 9, p. 928–935, 2009.
21. CLAESSENS, A. Kindergarten child care experiences and child achievement and socioemotional skills. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 27, n. 3, p. 365–375, 1 jul. 2012.
22. COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. [s.l: s.n.], 1988.
23. DENHAM, S. A. et al. “I Know How You Feel”: Preschoolers’ emotion knowledge contributes to early school success. **Journal of Early Childhood Research**, v. 13, n. 3, p. 252–262, 2015.
24. DENHAM, S. A. et al. Social–emotional learning profiles of preschoolers’ early school success: A person-centered approach. **Learning and Individual Differences**, v. 22, n. 2, p. 178–189, 1 abr. 2012.
25. DOHL, A. H. Managing anxiety through childhood Social-emotional development. **Igarss 2014**, n. 1, p. 1–15, 2013.
26. DOMITROVICH, C. E. et al. Social-Emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. **Child Development**, v. 88, n. 2, p. 408–416, 2017.
27. DOUGHERTY, L. R. et al. Advances and directions in preschool mental health research. **Child Development Perspectives**, v. 9, n. 1, p. 14–19, 2015.
28. DOUGHERTY, L. R. et al. Preschool Anxiety Disorders: Comprehensive Assessment of Clinical, Demographic, Temperamental, Familial, and Life Stress Correlates.

- Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 42, n. 5, p. 577–589, set. 2013.
29. EGGER, H. L.; ANGOLD, A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 47, n. 3–4, p. 313–337, 2006.
  30. EISENBERG, N. et al. Relations of Inhibition and Emotion- Related Parenting to Young Children's Prosocial and Vicariously Induced Distress Behavior. **Child development**, 2017.
  31. FARRELL, L. J.; BARRETT, P. M.; CLAASSENS, S. Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. **Behaviour Change**, v. 22, n. 4, p. 236–248, 2005.
  32. FERNANDES, A. O; DE OLIVEIRA MONTEIRO, N. R. Comportamentos Pró-Sociais de Adolescentes em Acolhimento Institucional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 33, n. 1, 2017.
  33. FINSAAS, M. C. et al. Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. **Psychological Medicine**, p. 1–10, 16 jan. 2018.
  34. FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727–734, jun. 2004.
  35. FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 8, n. 1, p. 44–50, 2000.
  36. FLETT, G. L.; HEWITT, P. L. Disguised Distress in Children and Adolescents “Flying Under The Radar”: Why Psychological Problems Are Underestimated and How Schools Must Respond. **Canadian Journal of School Psychology**, 28(1): 12–27, 21 mar. 2013.
  37. FLOOK, L. et al. Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. **Developmental Psychology**, v. 51, n. 1, p. 44–51, jan. 2015.
  38. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). situação da população mundial 2017. 2017.



39. GALLEGOS-GUAJARDO, J. et al. Selective prevention for anxiety and resilience promotion: Outcomes of an anxiety prevention and resilience program with girls at risk. **Pensando Psicologia**, v. 11, n. 18, p. 11–23, 2015.
40. GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 581–6, 1997.
41. INSTITUTE OF MEDICINE. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: **National Academy Press**; 1994
42. KATO, S.; SHIMIZU, E. A pilot study on the effectiveness of a school-based cognitive-behavioral anxiety intervention for 8- and 9-year-old children: A controlled trial in Japan. **Mental Health and Prevention**, v. 8, p. 32–38, 2017.
43. KENDALL, P. C. Childhood Coping: Avoiding a Lifetime of Anxiety. **Behaviour Change**, v. 9, n. 4, p. 229–237, 6 dez. 1992.
44. KÖSTERS, M. P. et al. FRIENDS for Life: Implementation of an indicated prevention program targeting childhood anxiety and depression in a naturalistic setting. **Mental Health and Prevention**, v. 6, p. 44–50, 2017.
45. LIJSTER, J. M. DE et al. The Age of Onset of Anxiety Disorders. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 62, n. 4, p. 237–246, 24 abr. 2017.
46. MINISTRY OF HEALTH SERVICES; MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT. **Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia**. [s.l: s.n.], 2010.
47. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Mental Health: A Report of the Surgeon General. Bethesda, **MD: Author**; 1999.
48. NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People**. [s.l.] National Academies Press (US), 2009.
49. NEIL, A. L.; CHRISTENSEN, H. **Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety** **Clinical Psychology Review**, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232805>>. Acesso em: 20 abr. 2018
50. PAHL, K. M.; BARRETT, P. M. Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the fun FRIENDS

- program. **Advances in School Mental Health Promotion**, v. 3, n. 3, p. 14–25, 22 jan. 2010.
51. PAHL, K. M.; BARRETT, P. M. The Development of Social–Emotional Competence in Preschool-Aged Children: An Introduction to the Fun FRIENDS Program. **Australian Journal of Guidance and Counselling**, v. 17, n. 1, p. 81–90, 2007.
  52. POLANCZYK, G. V. et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 56, n. 3, p. 345–365, 2015.
  53. SCHLARB, A. A. et al. Sleep Problems and Separation Anxiety in Preschool-Aged Children: A Path Analysis. **Journal of Child and Family Studies**, v. 25, n. 3, p. 902–910, 2016.
  54. SHORTT, A. L.; BARRETT, P. M.; FOX, T. L. Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 30, n. 4, p. 525–535, 2001.
  55. STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, 2014.
  56. THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360–372, 2014.
  57. WEARE, K.; NIND, M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? **Health Promotion International**, v. 26, n. SUPPL. 1, p. i29–i69, 1 dez. 2011.
  58. WEISSBERG, R. P. et al. Social and emotional learning: Past, present, and future. In: **Handbook of social and emotional learning: Research and practice**. [s.l: s.n.]. p. 3-19, 2015.
  59. WELCHONS, L. W.; MCINTYRE, L. L. The Transition to Kindergarten: Predicting Socio-Behavioral Outcomes for Children With and Without Disabilities. **Early Childhood Education Journal**, v. 45, n. 1, p. 83–93, 2017.
  60. WHITE, L. K. et al. Behavioral inhibition and anxiety: The moderating roles of inhibitory control and attention shifting. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 39, n. 5, p. 735–747, 8 jul. 2011.

61. WHITE, L. K. et al. Developmental Relations Among Behavioral Inhibition, Anxiety, and Attention Biases to Threat and Positive Information. **Child Development**, v. 88, n. 1, p. 141–155, 1 jan. 2017.
62. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other common mental disorders: global health estimates. **World Health Organization**, p. 1–24, 2017.
63. ZERTUCHE, C. **Efectividad del programa “amistad y diversión” en el desarrollo de la resiliencia en niños en edad preescolar**. [s.l.] Universidad de Monterrey, 2012.
64. ZWAANSWIJK, M.; KÖSTERS, M. P. Children’s and parents’ evaluations of “FRIENDS for life”, an indicated school-based prevention program for children with symptoms of anxiety and depression. **Behaviour Change**, v. 32, n. 4, p. 243–254, 2015.